

UNIDAD UNIVERSITARIA DE MEDICINA DEL DEPORTE  
CONSULTA EXTERNA/TERAPIA FÍSICA  
NOTA DE ENVIO AL LEMF

<b>Nombre /Filiación</b>	<b>Diagnóstico final</b>
<b>Deporte</b>	<b>Nivel de competencia</b>

<b>FECHA/HORA</b>	<b>RESUMEN CLÍNICO</b>