



AÑO 2012

EVALUACION PRE COMPETITIVA MENORES DE 18 AÑOS

Unión Argentina de Rugby

Nombre y Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____
Dirección: _____
Tel.: _____ Tel. Alternativo: _____
Dirección de E-Mail: _____
Grupo Sanguíneo: _____
Cobertura Médica: _____ Número de Afiliado: _____
División en que juega: _____ Posición en que juega: _____
Altura: _____ Peso: _____ Índice de Torg: _____
Club: _____ Unión: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD	SI	NO
¿Fue operado en los últimos 4 meses?		
¿Toma regularmente alguna medicación?		
¿Estuvo internado en el último año?		
¿Sufre de hormigueos en las manos?		
¿Es diabético?		
¿Es asmático?		
¿Es alérgico?		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos?		
¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?		
¿Tiene dolores articulares?		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?		
¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses?		
¿Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		

Fecha:

Firma y aclaración de (Padre, Madre o Tutor):

D.N.I.:



FICHA MÉDICA

Unión Argentina de Rugby

Apto Médico para ser completado por médico clínico o cardiólogo luego de evaluar:

- Anamnesis
- Historia Clínica
- Auscultación cardíaca
- Tensión arterial
- Pulsos periféricos
- Rutina de Laboratorio
- Radiografía de tórax (Al ingreso al deporte y cada 5 años desde M15)
- Radiografía de columna cervical perfil con medición de Índice de Pavlov y Torg (Una sola vez, al ingreso al deporte)
- E.C.G.
- Prueba ergométrica graduada
- Ecocardiograma (Al ingreso al deporte y cada 5 años desde M15)

El Sr..... D.N.I. Nro....., es apto para la práctica federada de Rugby, habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" que acompañan el presente.-

Fecha:

Firma y Sello del Médico:

AUTORIZACIÓN PARA JUGADORES MENORES DE 18 AÑOS

Yo....., en mi carácter de (), autorizo a mi hijo:, con D.N.I. Nro..... a integrar equipos representativos del Club....., tanto para actuar como jugador titular y/o suplente y realizar todas las actividades relacionadas con tal participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el anverso del presente.- (*) padre, madre o tutor.*

Fecha:

Firma:

Nombre y Apellido:

D.N.I.:

Domicilio: