



Unión Argentina de Rugby

AÑO 2011



Unión de Rugby de Cuyo

EVALUACION PRE COMPETITIVA
MAYORES DE 18 AÑOS

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 del Jugador
D.N.I.:



Unión Argentina de Rugby

AÑO 2011



Unión de Rugby de Cuyo

FICHA MEDICA

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

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

El Sr., D.N.I. N°
, es apto para la práctica federada de Rugby, habiendo tomado conocimiento
 de los “Antecedentes de Enfermedades” que acompañan el presente.

Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico

CONSENTIMIENTO

(PARA JUGADORES MAYORES DE 18 AÑOS)

Yo, con D.N.I. N°
, acepto 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.-

Fecha:

Nombre y Apellido:

Domicilio:

D.N.I.:

Firma:.....



Unión Argentina de Rugby

AÑO 2011



Unión de Rugby de Cuyo

EVALUACION PRE COMPETITIVA
MENORES DE 18 AÑOS

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.:



Unión Argentina de Rugby

AÑO 2011



Unión de Rugby de Cuyo

FICHA MEDICA

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

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

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

Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico

AUTORIZACION PARA JUGADORES MENORES DE 18 AÑOS

Yo, en mi carácter de : (*)
, autorizo a mi hijo:....., con
 D.N.I., 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:

Nombre y Apellido:

Domicilio:

D.N.I.:

Firma:.....