



## "A.U. V.A.R."

### EVALUACION PRECOMPETITIVA:

Nombre y Apellido: .....

Fecha de Nacimiento: .....

Dirección: .....

Tel:

Tel. Alternativo:

Cobertura Médica:

Numero de Afiliado:

División en que juega: "VETERANOS"

Posición en que juega:

Club de Origen:

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

DNI

Firma



## FICHA PARA JUGADORES MAYORES

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

Anamnesis  
Historia Clínica  
Auscultación cardiaca.  
Tensión arterial.  
Pulsos periféricos.  
E. C. G. Ergometría

El señor ..... D.N.I. N° ..... es apto para la práctica de Rugby

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

El Estudio de Ergometría se debe adjuntar

### CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ acepto integrar equipos representativos de la agrupación \_\_\_\_\_ tanto para desempeñarme como jugador titular y/o suplente y a realizar todas las actividades relacionadas con tal participación. -

Firma

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido:

\_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_

D.N.I.:

\_\_\_\_\_