



Unión de Rugby de Buenos Aires
Departamento Médico

AÑO 2008

EVALUACION PRECOMPETITIVA MENORES DE 21 AÑOS

Nombre y Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Tel. Alternativo: _____
Mail: _____
Grupo Sanguineo: _____
Cobertura Médica: _____ Numero de Afiliado: _____
División en que juega: _____ Posición en que juega: _____
Altura: _____ Peso: _____
Club: _____ Unión: U.R.B.A. _____

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.:

Continúa al dorso →



Unión de Rugby de Buenos Aires
Departamento Médico

FICHA MEDICA

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

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardíaca.
- ✓ Tensión arterial.
- ✓ Pulsos periféricos.
- ✓ E.C.G.

El Sr.
D.N.I. N°. , es apto para la práctica federada de Rugby, habiendo tomado conocimiento de la " Evaluación Precompetitiva " que acompaña el presente.- .

Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico

AUTORIZACIÓN PARA JUGADORES MENORES DE 21 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:

Firma:.....

Nombre y Apellido:

Domicilio:

D.N.I.: