



**ASOCIACIÓN TUCUMANA
AMATEUR DE HOCKEY
SOBRE CÉSPED Y PISTA**

PERSONERÍA JURÍDICA N° 5468/14

Bolívar 1008 - Tel. Fax: (0381) 424-5996 (4000) San Miguel de Tucumán

E-mail: atahcyp@hockeytucuman.arnetbiz.com.ar

Página Web: www.atahockey.org

BOLETÍN INFORMATIVO - ANEXO

24 de Febrero de 2015

N° 04

CONSEJEROS PRESENTES: L. González, G. Arrieta, E. Reverso, M. Brizuela, M. Caram, J. C. Appo Sincovich, S. Miotti, D. Molina, O. Bustos, O. Iocca, M. P. Flores, S. Agüero L. Gray.-

CONSEJEROS AUSENTES C/AVISO: R. Pirlo, K. Cruz.-

FONDO SOLIDARIO

Se recuerda a los Clubes que está vigente el Fondo Solidario de Cobertura Médica de la Asociación Tucumana de Hockey.

Para realizar cualquier tipo de Encuentros Oficial o Amistoso los Clubes deberán tener el correspondiente Fondo Solidario abonado en la ATAH.

Todo tipo de Encuentro Amistoso debe ser autorizado por esta Asociación.-

ESTUDIOS MEDICOS

El Consejo Directivo de esta Asociación Tucumana a determinado que los Estudios Médicos que deberán presentarse en el año 2015 serán:

Damas 8°, 9°, 10° y Caballeros Sub 12: Ficha Médica y Electrocardiograma.-

Damas 7°, 6°, 5°, Intermedia, Primera, Pre intermedia, 2° y Mamis: Ficha Médica, Electrocardiograma y Ergometría.-

Caballeros Sub 15, Sub 18, Intermedia y Primera: Ficha Médica, Electrocardiograma y Ergometría.-

Se adjunta Fichas Médicas.-

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EVALUACION PRE-COMPETITIVA (E.P.C.)

Este examen se realiza para tener un mayor conocimiento de sus condiciones físicas, con el fin de preservar su capacidad para el deporte.

El llenado del formulario adjunto debe ser realizado por el mismo jugador (o el padre, tutor o encargado en caso de ser menor), quien únicamente marcará el casillero que corresponda a cada una de las preguntas.

Una vez completado, firmará, aclarará la firma e indicará tipo y número de documento de identidad y la fecha.

Con dicha ficha se concurrirá a un médico cardiólogo, clínico o pediatra quien, una vez analizada la auscultación cardíaca, la tensión arterial, los pulsos periféricos y el electrocardiograma firmará el apto para la práctica deportiva.

Finalmente el padre, tutor o encargado firmará el consentimiento para que el deportista practique Hockey.

El formulario con la E.P.C., junto con el apto médico cardiológico y la autorización serán entregados a los encargados de cada club.

Su contralor es por demás sencillo, pues solo debe tener en cuenta a aquellas evaluaciones que contengan alguna respuesta si o no estén aptas desde el punto de vista cardiológico.

En dichos casos, se deberá consultar con un médico que enfoque el problema emergente, para que dé el apto definitivo.

Se recomienda, asesorados por la Sociedad Tucumana de Medicina del Deporte la realización de:

- * una espinografía al iniciar la práctica de este deporte como prevención y resguardo para el jugador/ora
- * un rastreo de laboratorio de rutina anual
- * una espirometría anual

EVALUACION PRECOMPETITIVA 2015 A.T.A.H.

Los datos suministrados en este formulario tienen carácter de Declaración Jurada

Nombre y Apellido:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Teléfono

Club:

División en que juega :

Categoría:

Posición en que juega:

Cobertura Médica:

Nº de afiliado

| ANTECEDENTES PERSONALES | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| ¿Fue operado/a en los últimos 4 meses? | | |
| ¿Toma regularmente alguna medicación? | | |
| ¿Estuvo internado/a en el último año? | | |
| ¿Sufre de hormigueos en las manos? | | |
| ¿Es diabético/a? | | |
| ¿Es asmático/a? | | |
| ¿Es alérgico/a ? | | |
| ¿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 flia ha sufrido muerte súbita antes de los 50 años? | | |

| | | |
|---|--|--|
| ¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca? | | |
| ¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco? | | |
| Usa ortodoncia o algún elemento ortopédico? | | |
| Inmunización y vacunas completo | | |
| Tiene una enfermedad crónica? | | |
| Está bajo tratamiento psicológico/ psiquiátrico? | | |

Fecha

Firma del padre/tutor o encargado

Aclaración

DNI:

EVALUACION PRECOMPETITIVA 2015 A.T.A.H.

FICHA PARA JUGADORES MAYORES

Apto Médico para ser completado por médico especialista luego de evaluar:

- [Anamnesis
- [Historia Clínica
- [Auscultación cardíaca y respiratoria
- [Tensión Arterial
- [Pulsos periféricos
- [E.C.G. (**Electrocardiograma**)
- [P.E.G. (**Prueba Ergométrica Graduada**)
- [Antropometría básica (peso, talla y circunferencia abdominal)

El Sr/a.

D.N.I. N°., es apto/a para la práctica federada de Hockey.

Fecha

Firma y sello del Médico

CONSENTIMIENTO

Yo
D.N.I.acepto integrar el equipo representativo del Club
....., tanto para desempeñarme como jugador titular y/o
suplente y a realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Firma

Aclaración

Fecha

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EVALUACION PRE-COMPETITIVA (E.P.C.)

Este examen se realiza para tener un mayor conocimiento de sus condiciones físicas, con el fin de preservar su capacidad para el deporte.

El llenado del formulario adjunto debe ser realizado por el mismo jugador (o el padre, tutor o encargado en caso de ser menor), quien únicamente marcará el casillero que corresponda a cada una de las preguntas.

Una vez completado, firmará, aclarará la firma e indicará tipo y número de documento de identidad y la fecha.

Con dicha ficha se concurrirá a un médico cardiólogo, clínico o pediatra quien, una vez analizada la auscultación cardíaca, la tensión arterial, los pulsos periféricos y el electrocardiograma firmará el apto para la práctica deportiva.

Finalmente el padre, tutor o encargado firmará el consentimiento para que el deportista practique Hockey.

El formulario con la E.P.C., junto con el apto médico cardiológico y la autorización serán entregados a los encargados de cada club.

Su contralor es por demás sencillo, pues solo debe tener en cuenta a aquellas evaluaciones que contengan alguna respuesta si o no estén aptas desde el punto de vista cardiológico.

En dichos casos, se deberá consultar con un médico que enfoque el problema emergente, para que dé el apto definitivo.

Se recomienda, asesorados por la Sociedad Tucumana de Medicina del Deporte la realización de:

- * una espinografía al iniciar la práctica de este deporte como prevención y resguardo para el jugador/ora
- * un rastreo de laboratorio de rutina anual
- * una espirometría anual

EVALUACION PRECOMPETITIVA 2015 A.T.A.H.

Los datos suministrados en este formulario tienen carácter de Declaración Jurada

Nombre y Apellido:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Teléfono

Club:

División en que juega:

Categoría:

Posición en que juega:

Cobertura Médica:

Nº de afiliado

| ANTECEDENTES PERSONALES | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| ¿Fue operado/a en los últimos 4 meses? | | |
| ¿Toma regularmente alguna medicación? | | |
| ¿Estuvo internado/a en el último año? | | |
| ¿Sufre de hormigueos en las manos? | | |
| ¿Es diabético/a? | | |
| ¿Es asmático/a? | | |
| ¿Es alérgico/a ? | | |
| ¿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 flia ha sufrido muerte súbita antes de los 50 años? | | |

| | | |
|---|--|--|
| ¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca? | | |
| ¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco? | | |
| ¿Usa ortodoncia o algún elemento ortopédico? | | |
| Inmunización y vacunas completo | | |
| ¿Tiene una enfermedad crónica? | | |
| ¿Está bajo tratamiento psicológico/ psiquiátrico? | | |

Fecha

Firma del padre/tutor o encargado

Aclaración

DNI:

FICHA PARA MENORES DE 18 AÑOS

Apto Médico para ser completado por médico especialista luego de evaluar:

- [Anamnesis
- [Historia Clínica
- [Auscultación cardíaca y respiratoria
- [Tensión Arterial
- [Pulsos periféricos
- [E.C.G. (**Electrocardiograma**)
- [Antropometría básica (peso, talla y circunferencia abdominal)

El Sr/a.....

D.N.I. N°., es apto/a para la práctica federada de Hockey.

Fecha

Firma y sello del Médico

CONSENTIMIENTO

Autorizo a mi hijo/a.....
D.N.I....., a integrar el equipo representativo del Club
....., tanto para desempeñarse como jugador titular y/o
suplente y a realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Firma padre/madre o tutor

Fecha:

Aclaración

DNI :

Domicilio: