

EVALUACION PRECOMPETITIVA 2019 - ATAH

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 el último año?		
¿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 en el último año?		
¿Tiene dolores articulares?		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?		
¿Tuvo traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en el último año?		
¿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 detectaron alguna vez presión arterial alta?		
¿Alguien de la familia sufrió 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 2019 - ATAH

FICHA PARA INFANTILES

Apto Médico para ser completado por médico Cardiólogo 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 niño/a.....

D.N.I. N°., de acuerdo a las evaluaciones y estudios tenidos a la vista, es apto/a cardiovascularmente 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

....., para desempeñarse como jugador/a y a realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Fecha:

DNI:

Firma padre/madre o tutor

Domicilio:

Aclaración