

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:

Categoría:

División:

Posición habitual 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 lesione 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?		
¿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 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?		
Immunización y vacunas completo		
Tiene una enfermedad crónica?		
Está bajo tratamiento psicológico/ psiquiátrico?		

Fecha

Firma del padre/tutor o encargado

Aclaración y DNI

EVALUACION PRECOMPETITIVA 2019 ATAH

FICHA PARA DIVISIONES JUVENILES

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

- *Anamnesis. Control peso/talla/circunferencia abdominal.
- *Historia Clínica- Laboratorio. (Hemograma-Glucemia-Perfil Lipídico-Triglicéridos)
- *Auscultación cardíaca y respiratoria.
- *Tensión Arterial.
- *Pulsos periféricos.
- *E.C.G. (Electrocardiograma)

El Sr. /Srta.

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

Firma padre/madre o tutor

Fecha:

Aclaración

DNI:

Domicilio: