

**EVALUACION PRECOMPETITIVA 2019 ATAH**

Los datos suministrados en este formulario tienen carácter de Declaración Jurada

Nombre y Apellido:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Club:

Categoría:

Posición habitual en que juega:

Cobertura Médica:

DNI:

Teléfono:

División:

Nº de afiliado:

<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿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 ligamentarias en el último año?		
¿Tiene dolores articulares?		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?		
¿Ha tenido 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 han detectado alguna vez presión arterial alta?		
¿Alguien de la familia 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

Lugar

Firma/ Aclaración/ DNI

---

## EVALUACION PRECOMPETITIVA 2019 ATAH

---

### FICHA PARA JUGADORES MAYORES

---

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

- \*Anamnesis.
- \*Historia Clínica: Incluye laboratorio. (Hemograma-Glucemia- Lípidos-Triglicéridos)
- \*Auscultación cardíaca y respiratoria.
- \*Tensión Arterial.
- \*Pulsos periféricos.
- \*E.C.G. (Electrocardiograma)
- \*P.E.G. (Prueba de Esfuerzo Graduada) Para todos los mayores de 35años con antecedentes y/o factores de riesgo.
- \*Antropometría básica. (peso, talla y circunferencia abdominal)

El Sr. /Srta. /Sra.....

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

Fecha:

Firma y sello del Médico

---

### CONSENTIMIENTO

---

Yo .....

D.N.I.....Acepto integrar el equipo representativo del Club  
....., para desempeñarme como jugador/a y realizar todas  
las actividades relacionadas con tal participación.

Fecha

Firma y Aclaración