



EVALUACIÓN PRE-COMPETITIVA

HISTORIA CLÍNICA

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento: / / DNI: Tel: (.....)

Dirección:

Dirección de E-Mail:@.....

Grupo Sanguíneo: Cobertura Médica: N° de Afiliado:

ANTECEDENTES PERSONALES.

Historia de soplo cardíaco	SI - NO
Tabaquismo actual (cig. /día)	SI - NO
Ex tabaquista (fecha y cig / día)	SI - NO
Presión arterial mayor a 140/90	SI - NO
Dolor / molestia en el pecho durante el ejercicio	SI - NO
Sensación de falta de aire en esfuerzo sin razón	SI - NO
Mareos, desmayos, palpitaciones	SI - NO
Colesterol, Triglicéridos, Lípidos elevados	SI - NO
Diabetes	SI - NO
Asma bronquial o alergias	SI - NO

Cirugías: Cuál y fecha

.....

Otros Antecedentes:

Medicación Crónica:

ANTECEDENTES FAMILIARES.

Padre o hermanos menores de 55 años. Madre o hermanas menores de 65 años, que hayan sufrido: (aclare quién y a qué edad)

Enfermedad Coronaria:	SI - NO	
Otras cardiopatías	SI - NO	
Muerte súbita	SI - NO	

Declaro que todos los datos consignados en la presente son verdaderos según mi leal saber y entender.

FIRMA: DNI:



FICHA MÉDICA

(Adjuntar fotocopias de los estudios)

EXAMEN ANUAL BÁSICO.

Historia Clínica, Electrocardiograma, Ergometría de 12 derivaciones

Examen físico:

- ✓ Soplo cardíaco
- ✓ Soplo carotideo
- ✓ Disminución de los pulsos femorales
- ✓ Señales del Síndrome de Marfán
- ✓ Elevación de la presión arterial
- ✓ Pulso irregular

Laboratorio:

- ✓ Hemograma
- ✓ Glucemia
- ✓ Uremia
- ✓ Perfil lipídico

Historia clínica, Electrocardiograma y Ergometría de 12 (se repetirán anualmente).

Ecocardiograma con doppler color cardiaco (en el primer año de presentación de los estudios y si es normal cada 5 años).

Si existiera alguna anormalidad en la historia clínica, el profesional encargado de la evaluación indicará todos los estudios y consultas que crea conveniente para poder evaluar adecuadamente al jugador antes de otorgar el APTO.

La Srta. o el Sr.

D.N.I. Nro., es apto para la práctica de fútbol, habiendo tomado conocimiento de los Antecedentes, Historia Clínica y Estudios Complementarios del paciente.

Fecha:/...../.....

.....
Firma y Sello del Médico