



SECRETARÍA DE DEPORTES
HERMANO ALDO ARTURO GAMALERO



29/05/1937 25/11/2019

EVALUACIÓN PRECOMPETITIVA

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ DNI: _____ Tel: _____

Dirección: _____ Dirección de E-Mail: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Cobertura Médica: _____ Nº 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: _____



SECRETARIA DE DEPORTES
HERMANO ALDO ARTURO GAMALERO



29/05/1937 25/11/2019

FICHA MÉDICA

(Debe ser completada íntegramente y bajo responsabilidad del profesional interviniente – CARDIÓLOGO-)

EXAMEN ANUAL BÁSICO:

Examen físico:

- | | | | |
|---------------------------------------|----|----|------------|
| • Soplo cardíaco | SI | NO | |
| • Soplo carotideo | SI | NO | |
| • Disminución de los pulsos femorales | SI | NO | |
| • Señales del Síndrome de Marfán | SI | NO | |
| • Elevación de la presión arterial | SI | NO | |
| • Pulso irregular | SI | NO | Firma..... |

Laboratorio:

- | | | | |
|-------------------|----|----|------------|
| • Hemograma | SI | NO | |
| • Glucemia | SI | NO | |
| • Uremia | SI | NO | |
| • Perfil lipídico | SI | NO | Firma..... |

Electrocardiograma: SI NO

Ergometría de 12: (se repetirán anualmente). SI NO Firma.....

Ecocardiograma con doppler color cardiaco: (cada 5 años) SI NO Firma.....

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.

El Sr _____ D.N.I. Nro. _____ está apto para la práctica futbol, habiendo tomado conocimiento de los Antecedentes, Historia Clínica y estudios complementarios del paciente.

Fecha: __/__/__

Firma y Sello del CARDIÓLOGO