



**AÑO 2010**

Departamento Médico

**EVALUACION PRECOMPETITIVA**  
**RUGBY INFANTIL**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **D.N.I.:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_ **Tel. Alternativo:** \_\_\_\_\_

**Mail:** \_\_\_\_\_

**Grupo Sanguíneo:** \_\_\_\_\_

**Cobertura Médica:** \_\_\_\_\_

**Numero de Afiliado:** \_\_\_\_\_

**División en que juega:** \_\_\_\_\_

**Posición en que juega:** \_\_\_\_\_

**Altura:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Club de Rugby Los Tilos**

**Unión: U.R.B.A.**

<b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Fue operado en los últimos 4 meses?		
Toma regularmente alguna medicación?		
Estuvo internado en el último año?		
Sufre de hormigueos en las manos?		
Es diabético?		
Es asmático?		
Es alérgico?		
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 los últimos 4 meses?		
Tiene dolores articulares?		
Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?		
Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses?		
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 una muerte súbita antes de los 50 años?		
Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?		
Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		

.....  
Fecha

.....  
Firma de (Padre, Madre o Tutor)  
Aclaración:

**Continúa al dorso →**



---

---

## FICHA MÉDICA

---

---

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

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardíaca
- ✓ Tensión arterial
- ✓ Pulsos periféricos
- ✓ E.C.G.

El Sr. ....,

D.N.I. N<sup>o</sup>. ...., es apto para la práctica de Rugby, habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" que acompaña el presente.-

Fecha:.....

.....  
Firma y Sello del Médico

---

---

## AUTORIZACIÓN PARA JUGADORES DE RUGBY INFANTIL

Yo .....  
en mi carácter de: ....., autorizo a mi hijo: .....  
....., con D.N.I. ....,  
a integrar equipos representativos del **Club de Rugby Los Tilos**, tanto para actuar como jugador titular y/o suplente y realizar todas las actividades relacionadas, y en tal sentido a participar en las competencias deportivas en los días y horarios diagramados y a trasladarse por los medios de transporte contratados por los responsables de la precitada División.

Asimismo, en mi ausencia y ante una emergencia que genere riesgo de salud para mi hijo, AUTORIZO al Coordinador y/o Entrenadores de la División a la designación de profesionales médicos para que le apliquen las medidas de diagnóstico y tratamiento que resulten necesarias.

Responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el anverso del presente.-

Fecha:

Nombre y Apellido:

D.N.I.:

Firma :.....