



Patoruzú Rugby Club **informa**

Formulario de Apto Médico

Este año se cuenta con la asistencia del Dr. Quevedo (Clínica del Valle – Pelegrini 651 – TEL: 4420331) para la atención a los Socios que requieran hacer los trámites de rigor, ordenados por la Unión Argentina de Rugby.

Las ordenes necesarias para realizarse los estudios, estarán disponibles en el club, o podrán ser confeccionadas por el médico de cabecera propio del jugador.

Será condición tener los APTOS, para comenzar la actividad competitiva.-

Para consultas acerca de los tramites: Germán Krebs - 0280 154 673 662



Unión Argentina de Rugby

EVALUACION PRE COMPETITIVA
MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Tel. Alternativo: _____
Dirección de E-Mail: _____
Grupo Sanguíneo: _____
Cobertura Médica: _____ Número de Afiliado: _____
División en que juega: _____ Posición en que juega: _____
Altura: _____ Peso: _____ Índice de Torg: _____
Club: _____ Unión: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD	SI	NO
¿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?		
¿Algún familiar directo 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 y aclaración de Jugador
D.N.I.:

Continúa al dorso →



Unión Argentina de Rugby

FICHA MEDICA

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

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardíaca
- ✓ Tensión arterial
- ✓ Pulsos periféricos
- ✓ Rutina de Laboratorio
- ✓ Radiografía de tórax (al ingreso y cada 5 años desde M15)
- ✓ Radiografía de columna cervical perfil con medición de Índice de Pavlov y Torg (al ingreso al deporte)
- ✓ E.C.G.
- ✓ Prueba ergométrica graduada
- ✓ Ecocardiograma (al ingreso y cada 5 años desde M15)

El Sr., D.N.I. Nro., es apto para la práctica federada de Rugby, habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" que acompañan el presente.-

Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico

CONSENTIMIENTO
(PARA JUGADORES MAYORES DE 18 AÑOS)

Yo con D.N.I., acepto integrar equipos representativos del Club....., tanto para actuar como jugador titular y/o suplente y realizar todas las actividades relacionadas con tal participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el anverso del presente.-

Fecha:
Nombre y Apellido:
Domicilio:
D.N.I.:

Firma:.....



Unión Argentina de Rugby

EVALUACION PRE COMPETITIVA MENORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Tel. Alternativo: _____
Dirección de E-Mail: _____
Grupo Sanguíneo: _____
Cobertura Médica: _____ Número de Afiliado: _____
División en que juega: _____ Posición en que juega: _____
Altura: _____ Peso: _____ Índice de Torg: _____
Club: _____ Unión: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD	SI	NO
¿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 y aclaración de (Padre, Madre o Tutor)
D.N.I.:



Unión Argentina de Rugby

FICHA MEDICA

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

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardiaca
- ✓ Tensión arterial
- ✓ Pulsos periféricos
- ✓ Rutina de Laboratorio
- ✓ Radiografía de tórax (al ingreso y cada 5 años desde M15)
- ✓ Radiografía de columna cervical perfil con medición de Índice de Pavlov y Torg (al ingreso al deporte)
- ✓ E.C.G.
- ✓ Prueba ergométrica graduada
- ✓ Ecocardiograma (al ingreso y cada 5 años desde M15)

El Sr., D.N.I. N^{ro}.
....., es apto para la práctica federada de Rugby, habiendo
tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" que acompañan el
presente.-

Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico

AUTORIZACIÓN PARA JUGADORES MENORES DE 18 AÑOS

Yo, en mi carácter de : (*)
....., autorizo a mi hijo:.....
con D.N.I., a integrar equipos representativos del
Club....., tanto para actuar como jugador titular y/o
suplente y realizar todas las actividades relacionadas con tal participación,
responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el anverso del
presente.-

(*) padre, madre o tutor

Fecha:
Nombre y Apellido:
Domicilio:
D.N.I.:

Firma:.....