



Unión Argentina de Rugby

AÑO 2017



EVALUACION PRE COMPETITIVA REFEREES

Nombre y Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ **DNI:** _____
Dirección: _____
Tel: _____ **Tel. Alternativo:** _____
Dirección de E-Mail: _____
Grupo Sanguíneo: _____
Cobertura Médica: _____ **Número de Afiliado:** _____
Altura: _____ **Peso:** _____
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 Referee
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 (cada 3 años)
- ✓ E.C.G.
- ✓ Prueba ergométrica graduada
- ✓ Ecocardiograma (cada 3 años)

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

Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico

CONSENTIMIENTO

Yo con D.N.I.
....., acepto integrar la nómina de referees de mi Unión de
origen y/o del panel nacional, y realizar todas las actividades relacionadas con tal
participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida.

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

Firma:.....