



AÑO 2018

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: _____

FICHA MÉDICA

EXAMEN ANUAL BÁSICO: Historia Clínica, Electrocardiograma y Serología de Chagas

- **Historia clínica:** Debe realizarse todos los años y consta mínimamente de:
 - ✓ **Historia personal**
 - ✓ Dolor-disconfort torácico de esfuerzo
 - ✓ Síncope-casi síncope no explicado
 - ✓ Disnea-cansancio de esfuerzo excesivo o disnea no explicada
 - ✓ Soplo cardíaco identificado anteriormente
 - ✓ Elevación de la presión arterial sistémica
 - ✓ Antecedentes de asma bronquial o alergia
 - ✓ Antecedentes de epilepsia o convulsiones
 - ✓ Antecedentes de diabetes
 - ✓ Antecedentes de alguna enfermedad crónica
 - ✓ **Historia familiar**
 - ✓ Muerte cardiovascular prematura antes de los 50 años en por lo menos 1 pariente
 - ✓ Incapacidad debida a enfermedad cardíaca en por lo menos 1 pariente con menos de 50 años de edad
 - ✓ **Historia familiar de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de QT largo o arritmia significativa**
 - ✓ **Examen físico**
 - ✓ Soplo cardíaco
 - ✓ Disminución de los pulsos femorales
 - ✓ Señales del Síndrome de Marfán
 - ✓ Elevación de la presión arterial
- **Electrocardiograma de 12 derivaciones** (se repite anualmente)
- **Se sugiere serología para Enfermedad de Chagas en zonas endémicas**

EXAMENES ESPECIALES AL INICIO DEL HOCKEY COMPETITIVO: se realizan solo una vez a los 15 años antes de iniciar el hockey competitivo o al momento de iniciar la actividad si esto sucede a más edad:

- **Radiografía de columna cervical perfil con medición de índice de Pavlov y Torg**
- **Radiografía de tórax**
- **Laboratorio:**
 - ✓ Hemograma
 - ✓ Glicemia
 - ✓ Uremia
 - ✓ Perfil lipídico
- **Al ingresar el jugador a la categoría Menores de 18 años deberá realizar un estudio de ecocardiograma**
- **A aquellos jugadores que tengan 35 años o más se les indicará anualmente una prueba ergométrica graduada**

Si algún elemento de la historia clínica es positivo, el profesional 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. N°., es apto para la práctica federada de Hockey, habiendo tomado conocimiento de los Antecedentes, Historia Clínica y Estudios Complementarios del paciente.-

Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico

CONSENTIMIENTO
(PARA JUGADORES MAYORES DE 18 AÑOS)

Yo, con DNI N°, manifiesto formal aceptación a los fines de integrar equipos representativos del club y/o seleccionados provinciales y/o regionales y/o nacionales, tanto para actuar como jugador titular y/o suplente, así como para realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Asimismo declaro conocer y aceptar que el hockey es un deporte con contacto entre aquellos que participan de la competencia, lo que implica que aun cumpliendo con las leyes del juego y los reglamentos dictados por los organismos rectores pertinentes, tanto en materia de seguridad como de juego en general, puedan igualmente presentarse situaciones de riesgo para los participantes, acontecimientos estos que a su vez podrían derivar en accidentes y, eventualmente, en daños a la persona. Concorde con ello, ratifico conocer y aceptar los riesgos que implica la práctica del hockey, asumiéndolos libre y voluntariamente, relevando a la Confederación Argentina de Hockey de toda responsabilidad por hechos que pudieren originarse con motivo de la práctica del hockey. Finalmente declaro bajo juramento de ley que la información vertida precedentemente, y en relación a mi aptitud física, para la práctica del hockey, se ajusta a la verdad real.

Lugar y fecha

Nombres y Apellidos

Domicilio

DNI N°

FIRMA

AÑO 2018

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:** _____

FICHA MEDICA

EXAMEN ANUAL BÁSICO: Historia Clínica y Electrocardiograma

•**Historia clínica:** Debe realizarse todos los años y consta mínimamente de:

- ✓ **Historia personal**
 - ✓ Dolor-disconfort torácico de esfuerzo
 - ✓ Síncope-casi síncope no explicado
 - ✓ Disnea-cansancio de esfuerzo excesivo o disnea no explicada
 - ✓ Soplo cardíaco identificado anteriormente
 - ✓ Elevación de la presión arterial sistémica
 - ✓ Antecedentes de asma bronquial o alergia
 - ✓ Antecedentes de epilepsia o convulsiones
 - ✓ Antecedentes de diabetes
 - ✓ Antecedentes de alguna enfermedad crónica

- ✓ **Historia familiar**
 - ✓ Muerte cardiovascular prematura antes de los 50 años en por lo menos 1 pariente
 - ✓ Incapacidad debida a enfermedad cardíaca en por lo menos 1 pariente con menos de 50 años de edad
 - ✓ Historia familiar de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de QT largo o arritmia significativa

- ✓ **Examen físico**
 - ✓ Soplo cardíaco
 - ✓ Disminución de los pulsos femorales
 - ✓ Señales del Síndrome de Marfán
 - ✓ Elevación de la presión arterial

- ✓ **Electrocardiograma de 12 derivaciones** (se repite anualmente)
- ✓ **Se sugiere serología para Enfermedad de Chagas en zonas endémicas**

EXAMENES ESPECIALES AL INICIO DEL HOCKEY COMPETITIVO: se realizan solo una vez a los 15 años antes de iniciar el hockey competitivo o al momento de iniciar la actividad si esto sucede a más edad:

- **Radiografía de columna cervical perfil con medición de índice de Pavlov y Torg**
- **Radiografía de tórax**
- **Laboratorio:**
 - ✓ Hemograma
 - ✓ Glicemia
 - ✓ Uremia
 - ✓ Perfil lipídico
- **Ecocardiograma (se debe repetir al ingresar el jugador a la categoría Menores de 18 años)**

Si algún elemento de la historia clínica es positivo, el profesional 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. N°., es apto para la práctica federada de Hockey, habiendo tomado conocimiento de los Antecedentes, Historia Clínica y Estudios Complementarios del paciente.-

Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico

AUTORIZACIÓN PARA JUGADORES MENORES DE 18 AÑOS

Nosotros con DNI N° en nuestro carácter de padres del menor DNI N°, manifestamos formal consentimiento y aceptación a los fines de que nuestro hijo integre equipos representativos del club y/o seleccionados provinciales y/o regionales y/o nacionales, tanto para actuar como jugador titular y/o suplente, así como para realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Asimismo declaramos conocer y aceptar que el hockey es un deporte con contacto entre aquellos que participan de la competencia, lo que implica que aun cumpliendo con las leyes del juego y los reglamentos dictados por los organismos rectores pertinentes, tanto en materia de seguridad como de juego en general, puedan igualmente presentarse situaciones de riesgo para los participantes, acontecimientos estos que a su vez podrían derivar en accidentes y, eventualmente, en daños a la persona. Concorde con ello, ratificamos conocer y aceptar los riesgos que implica la práctica del hockey, asumiéndolos libre y voluntariamente, tanto en nombre propio como de nuestro hijo menor, relevando a la Confederación Argentina de Hockey de toda responsabilidad por hechos que pudieren originarse con motivo de la práctica del hockey.

Finalmente declaramos, bajo juramento de ley, que la información vertida precedentemente, y en relación a la aptitud física de nuestro hijo, para la práctica del hockey, se ajusta a la verdad real.

Lugar y fecha

Nombres y Apellidos

Domicilio

DNI N°

FIRMA