



Unión Argentina de Rugby

AÑO 2014

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 RUGBY COMPETITIVO: se realizan solo una vez a los 15 años antes de iniciar el rugby 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.

La Srta. o 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

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

AÑO 2014

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 RUGBY COMPETITIVO: se realizan solo una vez a los 15 años antes de iniciar el rugby 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.

La Srta o el Sr., D.N.I. N^o.
....., es apta/o 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:.....