



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 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
 - ✓ **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.**
 - ✓ **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**

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
 - ✓ **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.**
 - ✓ **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**

El Sr., D.N.I. N^o.
 , 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:.....