



Unión Argentina de Rugby

**AÑO 2011**

**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: \_\_\_\_\_

| <b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|--|-----------|-----------|
| ¿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 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. N°.  
....., 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 2011**

**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: \_\_\_\_\_

| <b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|--|-----------|-----------|
| ¿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<sup>o</sup>.  
....., 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:

Firma:.....

Nombre y Apellido:

Domicilio:

D.N.I.: