



Unión Argentina de Rugby

**AÑO 2013**

**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<sup>ro</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

---

**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 2013**

**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<sup>ro</sup>.  
....., 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:.....