



Unión Argentina de Rugby

**AÑO 2009**

**EVALUACION PRE COMPETITIVA**  
**MAYORES DE 21 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 cardiólogo luego de evaluar:**

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardiaca.
- ✓ Tensión arterial.
- ✓ Pulsos periféricos.
- ✓ Rutina de Laboratorio
- ✓ Radiografía de tórax
- ✓ E.C.G.
- ✓ Prueba ergométrica graduada
- ✓ Ecocardiograma

El Sr. ...., D.N.I. Nro. ...., 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 21 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 2009

**EVALUACION PRE COMPETITIVA**  
**MENORES DE 21 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.:



Unión Argentina de Rugby

---

### FICHA MEDICA

---

**Apto Médico para ser completado por médico cardiólogo luego de evaluar:**

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardiaca.
- ✓ Tensión arterial.
- ✓ Pulsos periféricos.
- ✓ Rutina de Laboratorio
- ✓ Radiografía de tórax
- ✓ E.C.G.
- ✓ Prueba ergométrica graduada
- ✓ Ecocardiograma

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

---

### AUTORIZACIÓN PARA JUGADORES MENORES DE 21 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.: