INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR
LA EVALUACIÓN PRE-COMPETITIVA (E.P.C.)

Este examen se realiza para tener un mayor conocimiento de sus condiciones físicas, con el fin de preservar su capacidad para el deporte.

El llenado del formulario adjunto debe ser realizado por el mismo jugador (o el padre, tutor o encargado en caso de ser menor), quien únicamente marcará el casillero que corresponda a cada una de las preguntas.

Una vez completado, firmará, aclarará la firma e indicará tipo y número de documento de identidad y la fecha.

Con dicha ficha se concurrirá a un médico cardiólogo, clínico o pediatra quien, una vez analizada la auscultación cardíaca, la tensión arterial, los pulsos periféricos y el electrocardiograma firmará el apto para la práctica deportiva.

Finalmente el padre, tutor o encargado firmará el consentimiento para que el joven practique Hockey.

El formulario con la E.P.C., junto con el apto médico cardiológico y la autorización serán entregados a los encargados de cada club.

Su contralor es por demás sencillo, pues solo debe tener en cuenta a aquellas evaluaciones que contengan alguna respuesta si o no estén aptas desde el punto de vista cardiológico.

En dichos casos, se deberá consultar con un médico que enfoque el problema emergente, para que dé el apto definitivo.

EVALUACION PRECOMPETITIVA

Nombre y Apellido:
Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Tel:
Cobertura Médica:
División en que juega:
Club:

Tel.alternativo:
Número de Afiliado:
Posición en que juega:
Categoría:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD	**SÍ**	**NO**
¿Fue Operado/a en los últimos 4 meses?		
¿Toma Regularmente alguna medicación?		
¿Estuvo internado/a en el último año?		
¿Sufre de hormigueos en las manos?		
¿Es diabético/a?		
¿Es asmático/a?		
¿Es alérgico/a?		
¿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 del padre/Tutor o encargado
D.N.I.:

FICHA PARA MENORES DE 18 AÑOS

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

[Anamnesis
[Historia Clínica
[Auscultación cardíaca
[Tensión Arterial
[Pulsos periféricos
[E.C.G.

El Sr/a.
....., D.N.I. N°. ....., es apto/a para la práctica federada de Hochey.

Fecha Firma y sello del Médico

CONSENTIMIENTO

Autorizo a mi hijo/a ....., D.N.I. ....., a integrar el equipo representativo del Club ....., tanto para desempeñarse como jugador titular y/o suplente y a realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Firma padre / madre o tutor

Fecha: .....

Nombre y Apellido: .....

Domicilio: .....

D.N.I.: .....

FICHA PARA JUGADORES MAYORES

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

[Anamnesis
[Historia Clínica
[Auscultación cardíaca
[Tensión Arterial
[Pulsos periféricos
[E.C.G.

El Sr/a.
....., D.N.I. N°. ....., es apto para la práctica federada de Hockey.

Fecha Firma y sello del Médico

CONSENTIMIENTO

Yo, ... D.N.I. ....., acepto integrar equipos representativos del Club....., tanto para desempeñarme como jugador titular y/ o suplente y a realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Firma

Fecha: .....

Nombre y Apellido: .....

Domicilio: .....

D.N.I.: .....