

EVALUACION MEDICA PRECOMPETITIVA

FECHA DE ELABORACIÓN

NOMBRE COMPLETO DEL JUGADOR

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO

TELEFONOS

GRUPO SANGUINEO

PESO

TALLA

MEDICAMENTO QUE ESTE TOMANDO ACTUALMENTE (Incluir dosis)

ALÉRGIAS

SI

NO

PIQUETES DE INSECTOS

ALIMENTOS:

CUALES:

MEDICAMENTOS:

CUALES:

POLEN:

OTRO:

PREGUNTAS GENERALES

¿ EN ALGUN MOMENTO SU MÉDICO A NEGADO LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES POR ALGUNA RAZON ?

¿ SU HIJO HA PASADO ALGUNA NOCHE EN EL HOSPITAL ?

¿ SU HIJO HA TENIDO CIRUGIAS ? CUALES?

¿ SU HIJO A PASADO ALGUNA NOCHE EN EL HOSPITAL ?

ASMA

ANEMIA

DIABETES

INFECCIONES

OTRA

ANTECEDENTES PERSONALES CARDIACOS

¿SE HA DESMAYADO O HA ESTADO CERCA DE DESMAYARSE DESPUES DEL EJERCICIO?

¿SU HIJO HA TENIDO SENSACION DE PALPITACIONES O LATIDOS IRREGULARES DURANTE EL EJERCICIO?

¿SU MEDICO LE HA DICHO QUE SU HIJO PADECE ALGÚN TIPO DE PROBLEMA CARDÍACO?

PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA

COLESTEROL ELEVADO

ENFERMEDAD DE KAWASAKI

MURMULLO CARDÍACO

INFECCIÓN CARDÍCA

OTRO

CUAL?

¿SU MEDICO LE ORDENADO ALGUN TEST CARDIACO A SU HIJO?

¿SU HIJO SE HA MAREADO O TENIDO LA SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE DURANTE EL EJERCICIO?

¿SU HIJO HA TENIDO ALGÚN DESVANECIMIENTO INEXPLICABLE?

¿SU HIJO SE CANSA MAS RAPIDO O RESPIRA MAS RAPIDO QUE SUS COMPAÑEROS DURANTE EL EJERCICIO?

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿ALGÚN FAMILIAR MURIO POR PROBLEMAS CARDIACOS O POR MUERTE SUBITA ANTES DE LOS 50 AÑOS?

¿ALGUN PADECIMIENTO DE CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA, SINDROME DE MARFAN, CARDIOMIOPATIA VENTRICULAR ARRITMOGENICA DERECHA, SINDROME QT LARGO, SINDROME DE BRUGADA, TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMORFICA, CATECOLAMINERGICA?

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA PADECE ALGUN PROBLEMA CARDIACO, MARCAPASOS?

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA SE HA DESVANECIDO, COLAPSADO?

ANTECEDENTES TRAUMATICOS

¿SU HIJO HA TENIDO ALGUNA LESION EN HUESOS, MUSCULOS, LIGAMENTOS O TENDONES QUE HAYA SIDO MOTIVO PARA PERDERSE ALGUN ENTRENAMIENTO O PARTIDO?

¿SU HIJO A SUFRIDO LUXACIONES O FRACTURAS?

¿SU HIJO A SUFRIDO ALGUNA LESIÓN QUE HAYA REQUERIDO RAYOS X, RESONANCIA, TERAPIA FISICA O MULETAS?

¿SU HIJO USA ALGUN TIPO DE PLANTILLAS O DISPOSITIVO ORTOPEDICO?

¿ACTUALMENTE TIENE ALGUNA MOLESTIA MUSCULAR O ARTICULAR?

ANTECEDENTES MEDICOS GENERALES

- ¿SU HIJO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR DESPUES DEL EJERCICIO?
- ¿ A USADO INHALADOR O TOMADO MEDICAMENTO PARA ASMA?
- ¿TIENE FAMILIARES CON ANTECEDENTES DE ASMA?
- ¿TIENE ALGUNA ERUPCIÓN CUTANEA O PROBLEMAS DE PIEL?
- ¿HA SUFRIDO LESIONES DE CABEZA O CONTUSION?
- ¿HA TENIDO PERDIDA DE MEMORIA POR ALGUN GOLPE?
- ¿SUELE TENER DOLOR DE CABEZA CON EL EJERCICIO?
- ¿SUELE TENER CLAMBRES MUSCULARES?
- ¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE VISIÓN?
- ¿HA TENIDO LESIONES EN LOS OJOS?
- ¿USA LENTES?

SI	NO

DISPOSICIONES GENERALES.

LOS PADRES DE FAMILIA ESTAN CONSCIENTES Y RECONOCEN QUE LOS JUGADORES VAN EN PLENITUD DE FACULTADES FISICAS Y MENTALES, EN EL ENTENDIDO QUE LA PRACTICA DE ESTE DEPORTE PUEDE IMPLICAR LESIONES CORPORALES MISMO QUE SERAN ATENDIDOS POR EL PERSONAL MEDICO EN TURNO O EN EL NOSOCOMIO MAS CERCANO, CUBRIENDO LOS GASTOS DE ACUERDO AL SEGURO MEDICO CONTRATADO, RELEVANDO DE TODA RESPONSABILIDAD A INTERCUPS.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FIRMA DEL JUGADOR

