

Form. 3 HISTORIA CLÍNICA

Este Formulario DEBE ser completado por el profesional Médico (fechado, sellado, y firmado)

Datos del Jugador

Apellido y Nombre:
Nº DNI:
Fecha de Nacimiento:
Edad:
Peso:
Talla:
Equipo:
Nº Tel. Celular:
E-mail:

- * Antecedente personal de SINCOPE: **SI - NO**
- * Antecedente familiares de MUERTE SUBITA (madre - padre - hermanos - tios): **SI - NO**
- * Antecedente familiares de ENFERMEDAD CARDIACA (madre - padre - hermanos - tios): **SI - NO**
- * Antecedente personal de DOLOR PRECORDIAL (dolor de pecho): **SI - NO**
- * Antecedente personal de DISNEA POR ESFUERZO: **SI - NO** (en el caso ser + clase funcional)
- * Antecedente personal de FATIGABILIDAD EXCESIVA en los últimos meses: **SI - NO**
- * Antecedente de infección Covid-19: **SI - NO**
(Tachar lo que NO corresponda)

Exámen Físico

- * LABORATORIO: Hemograma + Colesterol + Glucemia.
- * TENSIÓN ARTERIAL en reposo - pulso periférico - soplos - signo de Enfermedad de Marfan.
- * ELECTROCARDIOGRAMA en reposo con Informe del Cardiólogo.
- * ECO DOPPLE con informe del Cardiólogo.
- * ERGOMETRIA con informe del Cardiólogo.

REQUISITOS: los mismos son para Todas las Categorías.

Autorización del Médico
Firma, Sello y Fecha

Conformidad del Jugador
Firma y Aclaración del Jugado