COMITE OLIMPICO INTERPROFESIONAL

Resistencia ……./……./…….

Form. 3 HISTORIA CLÍNICA

Éste Formulario DEBE ser rellenado 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: ……..

* 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 FATIGAGABILIDAD EXCESIVA en los últimos meses: **SI - NO**

(Tachar lo que NO corresponda)

Exámen Físico

* TENSIÓN ARTERIAL en reposo - pulso periférico - soplos - signo de Enfermedad de Marfan.
* ELECTROCARDIOGRAMA en reposo con **Informe del Cardiólogo**.
* LABORATORIO: Hemograma + Colesterol + Glucenia. 12 hs de ayuno /Cena 19 hs.

Si el MÉDICO que evalua considera necesario por el Exámen o por la Clínica, realizar Prueba de Esfuerzo y Ecocardiograma, o cualquier otro Estudio que mejore la evaluación clínica, que lo realice.

Autorización del Médico

Fecha, Firma y Sello

Conformidad del Jugador

Firma y Aclaración del Jugado

Franklin 134 - CP 3500 - Ciudad de Resistencia, Chaco

Tel. 0362-4570656

E-mail: oficina@coichaco.com.ar