



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