



Unión Argentina de Rugby

AÑO 2017

## EVALUACION PRE COMPETITIVA REFEREES

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Tel:** \_\_\_\_\_ **Tel. Alternativo:** \_\_\_\_\_  
**Dirección de E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**Grupo Sanguíneo:** \_\_\_\_\_  
**Cobertura Médica:** \_\_\_\_\_ **Número de Afiliado:** \_\_\_\_\_  
**Altura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_  
**Club:** \_\_\_\_\_ **Unión:** \_\_\_\_\_

<b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>¿Fue operado en los últimos 4 meses?</i>		
<i>¿Toma regularmente alguna medicación?</i>		
<i>¿Estuvo internado en el último año?</i>		
<i>¿Sufre de hormigueos en las manos?</i>		
<i>¿Es diabético?</i>		
<i>¿Es asmático?</i>		
<i>¿Es alérgico?</i>		
<i>¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?</i>		
<i>¿Tiene desviación de columna?</i>		
<i>¿Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos?</i>		
<i>¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?</i>		
<i>¿Tiene dolores articulares?</i>		
<i>¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?</i>		
<i>¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses?</i>		
<i>¿Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?</i>		
<i>¿Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?</i>		
<i>¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?</i>		
<i>¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años?</i>		
<i>¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?</i>		
<i>¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?</i>		

.....  
Fecha

.....  
Firma y aclaración de Referee  
D.N.I.:

Continúa al dorso →



Unión Argentina de Rugby

---

---

**FICHA MEDICA**

---

---

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

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardíaca
- ✓ Tensión arterial
- ✓ Pulsos periféricos
- ✓ Rutina de Laboratorio
- ✓ Radiografía de tórax (cada 3 años)
- ✓ E.C.G.
- ✓ Prueba ergométrica graduada
- ✓ Ecocardiograma ( cada 3 años)

El Sr. ...., D.N.I. N<sup>o</sup>.  
....., es apto para la práctica federada de Rugby, habiendo  
tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" y la evaluación  
correspondiente que acompañan el presente.-

**Fecha:**.....

.....  
**Firma y Sello del Médico**

---

**CONSENTIMIENTO**

Yo ..... con D.N.I.  
....., acepto integrar la nómina de referees de mi Unión de  
origen y/o del panel nacional, y realizar todas las actividades relacionadas con tal  
participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida.

**Fecha:**  
**Nombre y Apellido:**  
**Domicilio:**  
**D.N.I.:**

**Firma:**.....