



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:** _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD	SI	NO
<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^{ro}.
....., 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:.....