EVALUACION PRE-COMPETITIVA
MAYORES DE 18 AÑOS

*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:*_____

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

Fecha Aclaración Firma del Palista

FICHA MÉDICA

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

- ✓ *Anamnesis*
- ✓ *Historia Clínica*
- ✓ *Auscultación cardiaca*
- ✓ *Tensión arterial*
- ✓ *Pulsos periféricos*
- ✓ *Rutina de Laboratorio*
- ✓ *Radiografía de tórax*
- ✓ *E.C.G. de reposo*
- ✓ *Prueba ergométrica graduada de 12 derivaciones*
- ✓ *Ecocardiograma bidimensional con doppler color*

El Sr.……., D.N.I. Nº:…… , es apto para la práctica de Canotaje competitivo, habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" que acompañan el presente formulario.--

Fecha:…… Firma y Sello del Médico:……..

CONSENTIMIENTO
(Para palistas mayores de 18 años)

Yo……., con D.N.I. Nº:……. , acepto integrar equipos representativos del Club……., tanto para actuar como Remero titular y/o suplente y realizar todas las actividades relacionadas con tal participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el presente formulario.--

Fecha:……

Firma:……

Nombre y Apellido:……..

Domicilio:……

D.N.I.:……