



AÑO 2018

**EVALUACION PRE COMPETITIVA
MENORES DE 18 AÑOS**

Apellido:
 Nombre Completo:
 Fecha de Nacimiento: DNI.:
 Dirección: Cel. Alternativo:
 Tel.:
 Dirección de E-Mail:
 Grupo Sanguíneo:
 Cobertura Médica: Número de Afiliado:
 División en que juega: Posición en que juega:
 Club: Liga:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES	SI	NO
¿Fue operado en los últimos 4 meses?		
¿Toma regularmente 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 traumatismo de cráneo con pérdida de 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 muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		

.....
Fecha

.....
Firma y aclaración del Jugador
DNI.:



AÑO 2018

FICHA MÉDICA

PERTENECIENTE AL CLUB:.....

FICHA MÉDICA (a llenar por médico)

TALLA: PESO:
ENFERMEDAD CARDIACA:
ENFERMEDAD RESPIRATORIA.....
ENFERMEDAD METABOLICA.....
ENFERMEDAD NEUROLOGICA.....
HERNIAS (TIPOS).....
CIRUGIAS ANTERIORES.....
CIRUGIAS RECIENTES/ INDIQUE TIPO Y SI YA TIENE EL ALTA.....
.....
TOMA MEDICACION: SI / NO TIPO/ DOSIS.....
PULSACIONES EN REPOSO.....
PULSACIONES MAXIMAS.....
SOPLOS DEL CORAZON: SI / NO
TENSION ARTERIAL:.....
ENFERMEDADES ARTICULARES: SI/ NO TIPO:
ENFERMEDADES POSTERIORES: SI / NO TIPO:.....
MICOSIS: SI / NO
HERPES: SI / NO
CARIES: SI / NO
INFORMACION QUE QUIERA AGREGAR ESTA FICHA MÉDICA:

El Sr..... D.N.I. Nº:
es apto para la práctica de futbol, habiendo tomado conocimiento de los “ Antecedentes de Enfermedad”
que acompañan el presente.-

Lugar y Fecha:

.....
Firma y Sello del Médico
MATRICULA

AUTORIZACION PARA JUGADORES MENORES DE 18 AÑOS

YO....., en mi carácter de:
(*)......, autorizo a mi hijo:con
DNI.....,a integrar equipos representativos de LA LIGA DE GENERAL
ARENALES, tanto para actuar como jugador titular y/o suplente y realizar todas las actividades
relacionadas con tal participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el
anverso del presente.-

(*). Padre, madre o tutor

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

Firma:.....