



### EVALUACION PRECOMPETITIVA PARA HOCKEY

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Tel. Alternativo: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Numero de Afiliado: \_\_\_\_\_

División en que juega: \_\_\_\_\_ Posición en que Juega: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Club: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

<b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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

.....  
Firma y aclaración del Jugador

D.N.I: .....

**FICHA MEDICA****APTO MÉDICO** para ser completado por médico cardiólogo o clínico luego de evaluar:# Historia Clínica.  
#Pulsos periféricos.

# Tensión arterial.

#Auscultación cardiaca.  
#E.C.G.

El Sr. ...., D.N.I. N<sup>ro</sup>. ...., es apto para la práctica federada de Hockey sobre césped y pista, habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" que acompañan el presente.-

Fecha:.....

.....  
Firma y Sello del Médico**CONSENTIMIENTO PARA JUGADORES DE HOCKEY MAYORES DE 21 AÑOS**

Yo ....., con D.N.I. ...., acepto integrar equipos representativos del Club....., 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.-

Fecha:.....

Firma: .....

Nombre y Apellido:.....

Domicilio:.....

D.N.I.: .....

**AUTORIZACIÓN PARA JUGADORES DE HOCKEY MENORES DE 21 AÑOS**

Yo ....., en mi carácter de: (\*)....., autorizo a mi hijo:....., con D.N.I. ...., a integrar equipos representativos del Club....., 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:.....

Firma: .....

Nombre y Apellido:.....

Domicilio:.....

D.N.I.: .....