

FEDERACION RIONEGRINA DE HOCKEY

FICHA MÉDICA

Apto médico para ser completado por médico clínico, pediatra o cardiólogo luego de evaluar.

Estudios a realizar:

- Electrocardiograma (obligatorio a partir de 7ma. división)
- Egormetria (tiene vigencia por 4 años) (obligatorio para mayores de 30 años)
- Rutina de Laboratorio (sangre y orina)
- RX columna frente y perfil (realizar en caso de no tener registro de este estudio)

El/La Sr/Srta. _____ DNI n° _____

Es apta para la práctica federada de hockey.

Lugar y Fecha _____

Firma y sello médico.

CONSENTIMIENTO

Yo, _____ DNI n° _____

autorizo a mi hijo/a a integrar equipos representativos del Club _____

tanto para desempeñarse como jugador titular y/o suplente y a realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Firma: _____

Aclaracion: _____

Nombre y Apellido: _____ Fecha de
 Nacimiento: ____/____/____ Dirección: _____
 Tel: _____ Tel Alternativo: _____
 Cobertura Médica: _____ Nº Afiliado: _____ División en que juega:
 _____ Posición en que juega: _____ Club: _____
 Federación: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES	SI	NO
Fue operado en los últimos 4 meses?		
Toma regularmente alguna medicación?		
Estuvo internado el último año?		
Sufre de hormigueos en las manos?		
Es diabético?		
Es asmático?		
Es alérgico?		
Tiene antecedentes de 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 ejercicio?		
Ha tenido traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento?		
En los últimos 4 meses?		
Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejerc.Físico o después?		
Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejerc.Físico o después?		
Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
Alguien de la familia ha sufrido muerte súbita antes de los 50 años?		
Algun familiar directo tiene enfermedades cardíacas?		
Le han detectado alguna vez un soplo al corazón?		
Detalle de Alergias:		
GRUPO Y FACTOR SANGUINEO:		

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____

Fecha: _____ Firma Padre o Tutor: _____

Aclaración: _____