



APTO FÍSICO

Datos Personales

Equipo:

Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento:

DNI:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Mail:

Ocupación:

Trabaja (SI/NO):

Empresa:

Puesto:

Grupo Sanguíneo:

Cobertura Médica:

N° Afiliado:

CUESTIONARIO

Antecedentes de enfermedad: (A completar por el médico con el paciente)

Fue operado en los últimos 4 meses? (SI/NO) Especifique:

Toma regularmente alguna medicación? (SI/NO) Especifique:

Estuvo internado en el último año? (SI/NO) Especifique:

Sufre de hormigueos en las manos? (SI/NO) Especifique:

Es diabético? (SI/NO) - Es asmático? (SI/NO) - Es alérgico? (SI/NO) Especifique:

Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones? (SI/NO) Especifique:

Tiene desviación de la columna? (SI/NO) Especifique:

Tiene dolor de cintura después de practicar deportes? (SI/NO) Especifique:

Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses? (SI/NO) Especifique:

Tuvo COVID-19 en los últimos 3 meses? (SI/NO) Especifique:

Alguna vez experimento excesiva falta de aire mientras realizaba deportes? (SI/NO) Especifique:

Ha tenido traumatismos de craneo con perdida del conocimiento en los últimos 6 meses? (SI/NO) Especifique:

Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o después? (SI/NO) Especifique:

Le han detectado alguna vez presión arterial alta? (SI/NO) Especifique:

Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 45 años? (SI/NO) Especifique:



Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca diagnosticada de engrosamiento anormal del corazón o síndrome de Marfan? (SI/NO) Especifique:

Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco? (SI/NO) Especifique:

Fuma, es hipertenso o diabético, tiene colesterol alto? (SI/NO) Especifique:

Ha consumido alguna vez cocaína, anabólicos o esteroides? (SI/NO) Especifique:

Declaro que la información suministrada es completa y verídica, la presente tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA.

.....
Firma del Jugador

.....
Aclaración

.....
DNI

.....
Firma y sello del Médico



EXAMEN CLÍNICO CARDIOVASCULAR

Auscultación: R1: R2: Ruidos agregados:
 Soplos: Tensión arterial: mm/hg

ELECTROCARDIOGRAMA BASAL:

Ritmo: Frecuencia: lpm: Eje QRS:
 PQ: Arritmias: Trazado normal:

ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO "ERGOMETRÍA" (obligatorio para todas las edades)

Habiendo tomado conocimiento de los antecedentes de enfermedad consignados en el anverso, realizados los estudios citados precedentemente y efectuada la evaluación clínico/médica correspondiente, considero que el

SR.:
 DNI: , es APTO // NO APTO para la práctica deportiva del fútbol amateur.

.....

Firma del Médico

.....

Fecha

(Esta certificación tiene validez por el año en curso a partir de la fecha de emisión y es válida solo en original)

CONSENTIMIENTO

El que suscribe: , con DNI:

Acepto integrar el equipo participante de los campeonatos de fútbol que organiza TORNEO PRO CÓRDOBA, bajo cualquier denominación, tanto para actuar como jugador titular/suplente y realizar todas las actividades derivadas de tal participación, responsabilizandome por la veracidad de la información vertida en la presente. Asimismo manifiesto con carácter de declaración jurada que me han sido realizados los estudios y prácticas médicas exigidas en la presente, y que el informe de los mismos obran en mi poder, comprometiendome a presentarlos cuando me sean requeridos por autoridades médicas designadas por el TORNEO PRO CÓRDOBA.-

.....

Firma del Jugador

.....

Aclaración

.....

DNI

.....

Firma y sello del Médico