



### Form. 3 HISTORIA CLÍNICA

**Éste Formulario DEBE ser completado por el profesional Médico ( fechado, sellado, y firmado)**

#### Datos del Jugador

Apellido y Nombre: .....

Nº DNI: .....

Fecha de Nacimiento: .....

Edad: .....

Peso: .....

Talla: .....

Equipo: .....

Nº Tel. Celular: .....

E-mail: .....

- \* Antecedente personal de SINCOPE: **SI - NO**
- \* Antecedente familiares de MUERTE SUBITA (madre - padre - hermanos - tios): **SI - NO**
- \* Antecedente familiares de ENFERMEDAD CARDIACA (madre - padre - hermanos - tios): **SI - NO**
- \* Antecedente personal de DOLOR PRECORDIAL (dolor de pecho): **SI - NO**
- \* Antecedente personal de DISNEA POR ESFUERZO: **SI - NO** (en el caso ser + clase funcional)
- \* Antecedente personal de FATIGABILIDAD EXCESIVA en los últimos meses: **SI - NO**
- \* Antecedente de Infección Covid-19: **SI - NO**

(Tachar lo que NO corresponda)

#### Exámen Físico

- \* LABORATPRIO: Hemograma + Colesterol + Glucemia
- \* TENSIÓN ARTERIAL: en reposo - pulso periférico - soplos - signo de Enfermedad de Morfan.
- \* ELECTROCARDIOGRAMA: en reposo, con informe del Cardiólogo.
- \* ECO DOPPLE: con informe del Cardiólogo.
- \* ERGOMETRÍA: con informe del Cardiólogo.

**REQUISITOS: los mismos son para Todas las Categorías**

Autorización del Médico

Fecha, Firma y Sello

Conformidad del Jugador

Firma y Aclaración del Jugado

