



### Form. 3 HISTORIA CLÍNICA

Este Formulario DEBE ser relleno 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: .....

\* 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**

(Tachar lo que NO corresponda)

#### Exámen Físico

\* TENSIÓN ARTERIAL en reposo - pulso periférico - soplos - signo de Enfermedad de Marfan.

\* ELECTROCARDIOGRAMA en reposo con **Informe del Cardiólogo**.

\* LABORATORIO: Hemograma + Colesterol + Glucemia. 12 hs de ayuno /Cena 19 hs.

-----**A PARTIR DE LOS 40 AÑOS DEBERAN PRESENTAR ECOCARDIOGRAMA Y ERGOMETRIA**-----

*Si el MÉDICO que evalúa considera necesario por el Exámen o por la Clínica, realizar Prueba de Esfuerzo y Ecocardiograma, o cualquier otro Estudio que mejore la evaluación clínica, que lo realice.*

Autorización del Médico

Fecha, Firma y Sello

Conformidad del Jugador

Firma y Aclaración del Jugado