

# FEDERACION RIONEGRINA DE HOCKEY

## FICHA MÉDICA

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

Estudios a realizar:

- Electrocardiograma y ecodoppler
- Ergometría (a partir de 13 años)
- Rutina de laboratorio (simple, hasta los 12 años y compleja, mayores de 13 años)
- RX columna frente y perfil (realizar en caso de no tener registros 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: \_\_\_\_\_ N° 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: \_\_\_\_\_