

Evaluación Precompetitiva – San Pablo

Datos personales

Nombre y Apellido: _____
DNI: _____ TEL/CEL: _____
Edad: _____ Obra Social: _____
Fecha Nacimiento: _____ Club: _____

Información para llenar por el médico. Colocar x en caso de ser positivo.

Antecedentes Personales

- Cardiopatía conocida
- Asma
- Obesidad
- Epidemiología Chagas
- Covid19 *

- Arritmias
- Hipertensión arterial

Otros:

En el caso de covid19 positivo adjuntar estudios correspondientes.

Síntomas ante el esfuerzo

- Dolor torácico
- Disnea desproporcionada al esfuerzo
- Mareos/síncope
- Palpitaciones

Otros:

Antecedentes Familiares

- Muerte súbita (<50 años)
- Cardiomiopatías
- Síndrome Marfan
- Arritmias complejas
- DAVD

- ACV
- Enfermedad coronaria
- Síndrome QT
- Miocardiopatía hipertrófica

OTROS:

Examen Físico

Presión arterial:

Frecuencia cardíaca:

- Examen físico cardiovascular dentro de parámetros normales.**

-Hallazgos:

Exámenes Complementarios Solicitados

Estudios solicitados:

Apto para realizar actividad física.

Dejo constancia que el paciente ha sido evaluado y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acorde a su edad, sexo y estadio madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

Declaro que toda la información proporcionada al profesional médico es verídica.

Firma Postulante/Tutor

Firma y Sello médico