



EVALUACIÓN PRE-COMPETITIVA (MAYORES DE 18 AÑOS)

Nombre y Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____
 Dirección: _____
 Tel: _____ Tel. Alternativo: _____
 Dirección de E-Mail: _____
 Grupo Sanguíneo: _____
 Cobertura Médica: _____ Número de Afiliado: _____
 Altura: _____ Peso: _____
 Club: _____ Matrícula AARA N°: _____
 Persona de Contacto: _____ Tel: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD	SI	NO
¿Fue operado en los últimos 4 meses?		
¿Toma regularmente alguna medicación?		
¿Estuvo internado en el último año?		
¿Sufre de hormigueos en las manos?		
¿Es diabético?		
¿Es asmático?		
¿Es alérgico?		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o 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 ejercicios físicos?		
¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses?		
¿Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o Inmediatamente después?		
¿Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicios físicos o Inmediatamente después?		
¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		
¿Sabe nadar?		

Fecha

Aclaración

Firma del Remero



FICHA MÉDICA

Apto Médico para ser completado por médico clínico o cardiólogo luego de evaluar:

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardíaca
- ✓ Tensión arterial
- ✓ Pulsos periféricos
- ✓ Rutina de Laboratorio
- ✓ Radiografía de tórax (al ingreso y cada 5 años)
- ✓ E.C.G.
- ✓ Prueba ergométrica graduada
- ✓ Ecocardiograma (al ingreso y cada 5 años)

El Sr....., D.N.I.

*Nº:....., es apto para la práctica de Remo competitivo,
habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" que acompañan el
presente formulario.-*

Fecha:..... Firma y Sello del Médico:

CONSENTIMIENTO **(Para remeros mayores de 18 años)**

Yo....., con D.N.I. Nº:

*....., acepto integrar equipos representativos del
Club....., tanto para actuar como Remero titular y/o
suplente y realizar todas las actividades relacionadas con tal participación,
responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el presente formulario.-*

Fecha:.....

Firma:.....

Nombre y Apellido:.....

Domicilio:.....

D.N.I.:.....