Liga Santafesina de Fútbol

Evaluación pre-competitiva 2020 - Mayores

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Domicilio: _____

Tel.: _____ Tel. alternativo: _____

Cobertura Médica: _____ Nro. de Afiliado: _____

División en que juega: _____ Posición en que juega: _____

Club: _____ Categoría: _____

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/a?		
¿Es asmático/a?		
¿Es alérgico/a?		
¿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 traumatismo de cráneo con pérdida de 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 presión arterial alta?		
¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardiaca?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardiaco?		

Fecha: _____ / _____ / _____

_____

Firma jugador/a

_____

D.N.I.

Liga Santafesina de Fútbol

Evaluación pre-competitiva 2020 - Mayores

Apto médico para ser completado por el médico luego de evaluar:

- Anamnesis
- Historia Clínica
- Auscultación
- Tensión Arterial
- Pulsos Periféricos
- ECG
- Ergometría (Cada 2 años)
- Ecocardiograma (Cada 2 años a partir de los 17 años)

Certifico que _____ D.N.I. N° _____ no padece enfermedades infectocontagiosas ni cardiovasculares al momento del examen clínico efectuado y conforme al resultado de los estudios realizados se encuentra APTO/A para la práctica de Fútbol.

Fecha: _____ / _____ / _____

_____

Firma y Sello de Médico

CONSENTIMIENTO
(Jugadores Mayores de 18 años)

Yo ....., con DNI N° ....., manifiesto formal aceptación a los fines de integrar equipos representativos del Club ....., tanto para actuar como jugador titular y/o suplente, así como para realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Asimismo declaro conocer y aceptar que el Fútbol es un deporte con contacto/colisión entre aquellos que participan de la competencia, lo que implica que aun cumpliendo con las leyes del juego y los reglamentos dictados por los organismos rectores pertinentes, tanto en materia de seguridad como de juego en general, puedan igualmente presentarse situaciones de riesgo para los participantes, acontecimientos estos que a su vez podrían derivar en accidentes y, eventualmente, en daños a la persona. Concorde con ello, ratifico conocer y aceptar los riesgos que implica la práctica del Fútbol, asumiéndolos libre y voluntariamente, relevando a la Liga Santafesina de Fútbol de toda responsabilidad por hechos que pudieren originarse con motivo de la práctica del Fútbol.

Finalmente declaro bajo juramento de ley que la información vertida precedentemente, y en relación a mi aptitud física, para la práctica de Fútbol, se ajusta a la verdad real.

_____

Firma del jugador/a

Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre y Apellido: _____ DNI: _____