



# Liga Santafesina de Fútbol

## Evaluación pre-competitiva 2020 - Menores



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 cardíaca?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre, madre, tutor o encargado



# Liga Santafesina de Fútbol

## Evaluación pre-competitiva 2020 - Menores



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

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

El Sr/a \_\_\_\_\_ 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

Nosotros \_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_, en nuestro carácter de padres del menor \_\_\_\_\_, DNI N° \_\_\_\_\_, manifestamos formal consentimiento y aceptación a los fines de que nuestro hijo integre 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 declaramos 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, ratificamos conocer y aceptar los riesgos que implica la práctica del Fútbol, asumiéndolos libre y voluntariamente, tanto en nombre propio como de nuestro hijo menor, relevando a la Liga Santafesina de Fútbol de toda responsabilidad por hechos que pudieren originarse con motivo de la práctica del Fútbol.

Finalmente declaramos, bajo juramento de ley, que la información vertida precedentemente, y en relación a la aptitud física de nuestro hijo, para la práctica del fútbol, se ajusta a la verdad real.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma  
Aclaración  
DNI

Firma  
Aclaración  
DNI