

 **CLUB BEROMAMA RUGBY & HOCHEY**

|  |
| --- |
| **Información Personal** |
| **Nombre:**  |
| **Alias:** | **Nº de Socio:** |
| **Fecha de Nacimiento:** | **D.N.I:** |
| **Dirección:** |
| **Teléfono:** | **Celular:** |
| **Estado Civil:** | **Hijos: SI NO** | **Cant:** |
| **Ocupación: Email:** |
| **Twitter:** | **Facebook:** |
| **Contacto para Emergencias:** |
| **Nombre:** |
| **Dirección:** |
| **Relación con el jugador:** |
| **Teléfono:** | **Celular:** |
|  |
| **Historia médica** |
| **Obra social:** | **Indique cual:** |
| **Nº de socio:** |
| **¿Es donante de órganos?** |
| **¿Tiene alguna enfermedad, insuficiencia o alergia?** |
| **Si la respuesta es SÍ, por favor liste cada enfermedad, insuficiencia o alergia y todos los medicamentos que toma para la misma.** |
|
| **Enfermedad / Insuficiencia** (por ejemplo, asma, diabetes, epilepsia, anemia, hemofilia, enfermedad viral, etc.) | **Medicacion** (por ejemplo, pastillas, inhaladores, cremas, etc. - proporcione los nombres de las drogas) | **Frecuencia** (por ejemplo, dos veces por día, sólo con los síntomas, etc.) |
|
|
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alergia** (por ejemplo: conmoción cerebral) | **Medicación** (por ejemplo, pastillas, inhaladores, cremas, etc.) | **Dosis / frecuencia** |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Historial de lesiones (liste todas las lesiones: cuándo ocurrieron y quien las trató)** |
| **Lesión (por ejemplo: conmoción cerebral)** | **Cuando (por ejemplo: Sept. 2007)** | **Tratamiento recibido** | **Quién lo trato (por ejemplo: médico)** | **Estado de la lesión (totalmente recuperado o no)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Evaluación de salud y estado físico** |
| **¿En qué otros deportes / actividades físicas participa?** |  |
| **¿Cuántas horas por semana entrena?** |  |
| **¿Ha jugado antes al rugby?** |  |
| **Si la respuesta es SÍ: ¿dónde y cuántas temporadas?** |  |
| **Altura** |  |
| **Peso** |  |
|  |
| **Cuestionario cardíaco (marque el casillero que corresponde a usted)** |
| **Desmayos** |  | **Palpitaciones** |  |
|
| **Mareos** |  | **Dolor u opresión en el pecho** |  |
|
| **Falta de aire o se cansa más rápido que sus compañeros** |  | **Antecedentes de muerte súbita en su familia inmediata de alguien de menos de 50 años** |  |
|
| **Antecedentes de presión sanguínea alta** |  | **Fuma (cuántos cigarrillos por día)** |  |
|
| **Diabetes** |  |  |
|
|  |
| **Firmas** |
| Fecha de llenado del perfil |  |
|
| Firma del jugador (o padre o tutor si es menor de edad) |  |
|
| Firma del autor del perfil |  |
|
| Fecha de seguimiento ( si corresponde) |  |
|
|  |
| **Apadrinado por:** |
| Nombre: | Tel.: |

**es**

**esessssesese**