

# Evaluación precompetitiva

## Datos personales

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ TEL/CEL: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Obra Social: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Club: \_\_\_\_\_

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

## Antecedentes Personales

☐ Cardiopatía conocida ☐ Arritmias  
☐ Asma ☐ Hipertensión arterial  
☐ Obesidad Otros: \_\_\_\_\_  
☐ Epidemiología Chagas **En el caso de covid19 positivo adjuntar**  
☐ Covid19 \* **estudios correspondientes.**

## Síntomas ante el esfuerzo

☐ Dolor torácico Otros: \_\_\_\_\_  
☐ Disnea desproporcionada al esfuerzo  
☐ Mareos/síncope  
☐ Palpitaciones

## Antecedentes familiares

☐ Muerte súbita (<50 años) ☐ ACV  
☐ Cardiomiopatías ☐ Enfermedad coronaria  
☐ Síndrome Marfan Otros: \_\_\_\_\_  
☐ Síndrome QT  
☐ Arritmias complejas  
☐ Miocardiopatía hipertrófica  
☐ DAVD

## Examen físico

Presión arterial: \_\_\_\_\_  
Frecuencia cardíaca: \_\_\_\_\_  
☐ **Examen físico cardiovascular dentro de parámetros normales.**

-Hallazgos: \_\_\_\_\_

## Exámenes complementarios

☐ Electrocardiograma dentro de parámetros normales.

## Estudios solicitados

Motivo: \_\_\_\_\_  
○ Ergometría:  
○ Ecocardiograma:  
○ Otros: \_\_\_\_\_

## ☐ Apto para realizar actividad física.

**Nota: En caso de ser necesario realizar estudios complementarios no se entregará la constancia de apto físico antes de que se haya completado la evaluación clínica del paciente.**

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

**Firma Postulante/Tutor**

**Firma y Sello médico**

