

EVALUACIÓN PRE-COMPETITIVA 2025

DATOS PERSONALES

Nombre y apellido: **VALENTIN ARUANNO**
Fecha de nacimiento: **13/10/2004** DNI: **46004657**
Dirección: **C. 493 NÚMERO 3057**
Tel: **2284520125** Tel alternativo: **2284627852**
Dirección de E-Mail: **VALENTINARUANNO2004@GMAIL.COM**

Cobertura Medica: **IOMA 6107160011457257** Grupo sanguíneo: **A+**
Peso: **73** Altura: **1.74** Índice de Torg: **1** Sordo o Hipoacúsico: **NO**
Enfermedades crónicas, alergias, etc.: **NO INDICA**

Club: **ALBATROS** Unión: **URBA**
Posición en la que juega: **09 - MEDIO SCRUM - 10 - APERTURA - 11 - WING**

DATOS MÉDICOS

(Información necesaria)

☐ **HISTORIA CLÍNICA: Debe realizarse todos los años y consta mínimamente de:**

☐ **Historia personal**

- ☐ Dolor-disconfort torácico de esfuerzo
- ☐ Síncope-casi síncope no explicado
- ☐ Disnea-cansancio de esfuerzo excesivo o disnea no explicada
- ☐ Soplo cardíaco identificado anteriormente
- ☐ Elevación de la presión arterial sistémica
- ☐ Antecedentes de asma bronquial o alergia
- ☐ Antecedentes de epilepsia o convulsiones
- ☐ Antecedentes de diabetes
- ☐ Antecedentes de alguna enfermedad crónica

☐ **Historia familiar**

- ☐ Muerte cardiovascular prematura antes de los 50 años en por lo menos 1 pariente
- ☐ Incapacidad debida a enfermedad cardíaca en por lo menos 1 pariente con menos de 50 años de edad
- ☐ Historia familiar de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de QT largo o arritmia significativa

☐ **Examen físico**

- ☐ Soplo cardíaco
- ☐ Disminución de los pulsos femorales
- ☐ Señales del Síndrome de Marfán
- ☐ Elevación de la presión arterial

☐ **Electrocardiograma de 12 derivaciones (se repite anualmente)**

☐ **Se sugiere serología para Enfermedad de Chagas en zonas endémicas**

EXAMENES ESPECIALES AL INICIO DEL RUGBY COMPETITIVO: se realizan solo una vez a los 15 años antes de iniciar el rugby competitivo o al momento de iniciar la actividad si esto sucede a más edad:

- ☐ **Radiografía de columna cervical perfil con medición de índice de Pavlov y Torg**
- ☐ **Radiografía de tórax**
- ☐ **Laboratorio:**
 - ☐ Hemograma
 - ☐ Glicemia
 - ☐ Uremia
 - ☐ Perfil lipídico
- ☐ **Ecocardiograma (Se debe repetir al ingresar el jugador a la categoría Menores de 18 años).**
- ☐ **Prueba ergométrica graduada (Se les indicará anualmente a aquellos jugadores que tengan 35 años o más).**

SI ALGÚN ELEMENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA ES POSITIVO, EL PROFESIONAL INDICARÁ TODOS LOS ESTUDIOS Y CONSULTAS QUE CREA CONVINIENTE PARA PODER EVALUAR ADECUADAMENTE AL JUGADOR.

La Srta. o el Sr. **VALENTIN ARUANNO**, DNI N° **46004657**, es apto para la práctica federada de Rugby, habiendo tomado conocimiento de los “Antecedentes de Enfermedad” que acompañan el presente.

Lugar y Fecha

Firma y sello del Médico

CONSENTIMIENTO (mayores de 18)

Yo **VALENTIN ARUANNO**, con DNI N° **46004657**, manifiesto formal aceptación a los fines de integrar equipos representativos del club **ALBATROS** y/o seleccionados provinciales y/o regionales y/o nacionales, 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 rugby es un deporte con contacto 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 rugby, asumiéndolos libre y voluntariamente, relevando a la Unión Argentina de Rugby de toda responsabilidad por hechos que pudieren originarse con motivo de la práctica del rugby.

Lugar y fecha : _____

Domicilio : _____

DNI N° : _____

FIRMA

Aclaración : _____