

**MUY
IMPORTANTE**



CIRCULAR N° **9**
DEPOSITADA EN CASILLERO
FECHA **15/02/2007**

Unión de Rugby de Buenos Aires

U.R.B.A. - Pacheco de Melo 2120 (1126) Buenos Aires - Argentina - Tel. (011) 4805-5858 Fax: (011) 4806-9933
e-mail: melo2120@urba.org.ar

Buenos Aires, 14 de Febrero de 2007.-

Señor
Secretario
Presente

CIRCULAR N° **9** /2007

Ref: Evaluación Médica Precompetitiva para
jugadores de Rugby – Temporada 2007

De mi consideración:

Me dirijo al Sr. Secretario con relación al tema de referencia a fin de hacerle llegar junto a la presente el formulario correspondiente a la **Evaluación Médica Precompetitiva** establecida por la Unión de Rugby de Buenos Aires de carácter **Obligatorio para todos los jugadores de Rugby en Actividad.-**

Al igual que en el 2006, la misma consta de un instructivo, un formulario de antecedentes médicos, el correspondiente al Apto (otorgado por el médico) y la autorización y/o consentimiento para la practica del rugby.-

Dada la importancia que el mismo reviste para la seguridad de los jugadores y de las instituciones nucleadas en el ámbito de esta URBA., se recuerda que esta Evaluación es **obligatoria** y su cumplimiento deberá ser realizado por los Clubes en las fechas que a continuación detallamos:

División Superior Grupo III y IV: **Se recibirán hasta el viernes 16 del Marzo.-**

División Superior Grupo II: **Se recibirán hasta el viernes 30 del Marzo.-**

División Superior Grupo I: **Se recibirán hasta el viernes 23 del Marzo.-**

Divisiones Juveniles Grupo II y I: **Se recibirán hasta el miércoles 4 del Abril.-**

En el presente año los aptos se deberán entregar en la Secretaría de esta U.R.B.A. con la Planilla de Presentación únicamente en original, no se aceptarán presentaciones individuales hechas por jugadores ni tendrán validez aquellos que se reciban vía fax.- Los mismos se recibirán y se controlarán en el momento para evitar aptos incompletos o con alguna anomalía, se le regresarán a la persona encargada y deberán regresarlos en orden en el transcurso de la semana. Los aptos presentados deberán ser entregados con el correspondiente pago del fichaje y el numero entregado será determinante para la inscripción de los equipos en los Grupos I o II de cada categoría de las divisiones juveniles, este punto será debidamente aclarado en la circular de inscripción de equipos juveniles.-

...///



Unión de Rugby de Buenos Aires

U.R.B.A. - Pacheco de Melo 2120 (1126) Buenos Aires - Argentina - Tel. (011) 4805-5858 Fax: (011) 4806-9933
e-mail: melo2120@urba.org.ar

...///

-2-

Ningún jugador podrá participar de partidos oficiales sin que el Club haya hecho entrega en esta Unión de su evaluación, si así lo hiciera, serán de aplicación las sanciones previstas por la inclusión indebida de jugador, siendo responsable el propio jugador, el capitán del equipo, su encargado o entrenador y la institución.-

Saludo al Sr. Secretario muy atentamente.-


L.D.R.K.
Comisión de Competencias


CARLOS RIGHI
Secretario



EVALUACION PRECOMPETITIVA MAYORES DE 21 AÑOS

Nombre y Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ **DNI:** _____
Dirección: _____
Tel: _____ **Tel. Alternativo:** _____
Grupo Sanguineo: _____
Cobertura Médica: _____ **Numero de Afiliado:** _____
División en que juega: _____ **Posición en que juega:** _____
Club: _____ **Unión: U.R.B.A.** _____

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?		
Es asmático?		
Es alérgico?		
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 traumatismos de cráneo con pérdida del 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 alguna vez 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 y aclaración de Jugador
D.N.I.:

Continúa al dorso →



Unión de Rugby de Buenos Aires
Departamento Médico

FICHA MEDICA

Apto Médico para ser completado por médico cardiólogo o clínico luego de evaluar:

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardiaca.
- ✓ Tensión arterial.
- ✓ Pulsos periféricos.
- ✓ E.C.G.

El Sr.
D.N.I. N^o., es apto para la práctica federada de Rugby, habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" que acompañan el presente.-

Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico

CONSENTIMIENTO (PARA JUGADORES MAYORES DE 21 AÑOS)

Yo
con D.N.I., acepto integrar equipos representativos del Club....., tanto para actuar como jugador titular y/o suplente y realizar todas las actividades relacionadas con tal participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el anverso del presente.-

Fecha:
Nombre y Apellido:
Domicilio:
D.N.I.:

Firma:.....



EVALUACION PRECOMPETITIVA MENORES DE 21 AÑOS

Nombre y Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Tel. Alternativo: _____
Grupo Sanguineo: _____
Cobertura Médica: _____ Numero de Afiliado: _____
División en que juega: _____ Posición en que juega: _____
Club: _____ Unión: U.R.B.A.

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?		
Es asmático?		
Es alérgico?		
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 traumatismos de cráneo con pérdida del 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 alguna vez 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 y aclaración de (Padre, Madre o Tutor)
D.N.I.:

Continúa al dorso →



FICHA MEDICA

Apto Médico para ser completado por médico cardiólogo o clínico luego de evaluar:

- ✓ Anamnesis
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Auscultación cardiaca.
- ✓ Tensión arterial.
- ✓ Pulsos periféricos.
- ✓ E.C.G.

El Sr.
D.N.I. N°....., es apto para la práctica federada de Rugby, habiendo tomado conocimiento de la "Evaluación Precompetitiva" que acompaña el presente.- .

Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico

AUTORIZACIÓN PARA JUGADORES MENORES DE 21 AÑOS

Yo
en mi carácter de : (*), autorizo a mi hijo:.....
....., con D.N.I., a
integrar equipos representativos del Club.....
tanto para actuar como jugador titular y/o suplente y realizar todas las actividades relacionadas con tal participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el anverso del presente.-
(*) padre, madre o tutor

Fecha:
Nombre y Apellido:
Domicilio:
D.N.I.:

Firma:.....