



# 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, 3 de Febrero de 2015.-

Señor  
Secretario  
Presente

## CIRCULAR N° 01/2015

Ref: Formulario Evaluación Médica  
Precompetitiva –Temporada 2015.-

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 Argentina de Rugby de carácter **Obligatorio para todos los jugadores de Rugby en Actividad.-**

Asimismo, solicitamos prestar debida atención a los requisitos establecidos por la Unión Argentina de Rugby para la correcta realización de las evaluaciones médicas que a continuación transcribimos:

### **EXAMEN ANUAL BÁSICO:** Historia Clínica y Electrocardiograma

**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 física**
- 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**

...///



# 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-

**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

**Al ingresar el jugador a la categoría Menores de 18 años deberá realizar un estudio de ecocardiograma**

**A aquellos jugadores que tengan 35 años o más se les indicará anualmente una prueba ergométrica graduada**

Se adjuntan a la presente los formularios correspondientes remitidos por la U.A.R.- Próximamente haremos llegar las indicaciones respecto de las fechas y modalidad de presentación del fichaje de jugadores así como del costo y forma de pago establecido.-

Saludo al Sr. Secretario muy atentamente.-

  
JOSE DANEOLOTTI  
Secretario



Unión Argentina de Rugby

AÑO 2015

**EVALUACION PRE COMPETITIVA**  
**MAYORES DE 18 AÑOS**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Tel:** \_\_\_\_\_ **Tel. Alternativo:** \_\_\_\_\_  
**Dirección de E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**Grupo Sanguíneo:** \_\_\_\_\_  
**Cobertura Médica:** \_\_\_\_\_ **Número de Afiliado:** \_\_\_\_\_  
**División en que juega:** \_\_\_\_\_ **Posición en que juega:** \_\_\_\_\_  
**Altura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Índice de Torg:** \_\_\_\_\_  
**Club:** \_\_\_\_\_ **Unión:** \_\_\_\_\_

---

**FICHA MÉDICA**

---

**EXAMEN ANUAL BÁSICO:** Historia Clínica, Electrocardiograma y Serología de Chagas

- **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
- Al ingresar el jugador a la categoría Menores de 18 años deberá realizar un estudio de ecocardiograma
- A aquellos jugadores que tengan 35 años o más se les indicará anualmente una prueba ergométrica graduada

**Si algún elemento de la historia clínica es positivo, el profesional indicará todos los estudios y consultas que crea conveniente para poder evaluar adecuadamente al jugador.**

La Srta. o el Sr....., D.N.I. N° ..... , 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 18 AÑOS)**

Yo ....., con DNI N° ....., manifiesto formal aceptación a los fines de integrar equipos representativos del club ..... 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.

Finalmente declaro bajo juramento de ley que la información vertida precedentemente, y en relación a mi aptitud física, para la práctica del rugby, se ajusta a la verdad real.

Lugar y fecha .....

Nombres y Apellidos .....

Domicilio .....

DNI N° .....

FIRMA .....



Unión Argentina de Rugby

AÑO 2015

**EVALUACION PRE COMPETITIVA**  
**MENORES DE 18 AÑOS**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Tel:** \_\_\_\_\_ **Tel. Alternativo:** \_\_\_\_\_  
**Dirección de E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**Grupo Sanguíneo:** \_\_\_\_\_  
**Cobertura Médica:** \_\_\_\_\_ **Número de Afiliado:** \_\_\_\_\_  
**División en que juega:** \_\_\_\_\_ **Posición en que juega:** \_\_\_\_\_  
**Altura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Índice de Torg:** \_\_\_\_\_  
**Club:** \_\_\_\_\_ **Unión:** \_\_\_\_\_

---

**FICHA MEDICA**

---

**EXAMEN ANUAL BÁSICO:** Historia Clínica y Electrocardiograma

•**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
- **Al ingresar el jugador a la categoría Menores de 18 años deberá realizar un estudio de ecocardiograma**
- **A aquellos jugadores que tengan 35 años o más se les indicará anualmente una prueba ergométrica graduada**

**Si algún elemento de la historia clínica es positivo el profesional indicará todos los estudios y consultas que crea conveniente para poder evaluar adecuadamente al jugador.**

La Srta o el Sr. ...., D.N.I. N° ..... , es apta/o para la práctica federada de Rugby, habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" que acompañan el presente.-

**Fecha:**.....

.....  
Firma y Sello del Médico

---

**AUTORIZACIÓN PARA JUGADORES MENORES DE 18 AÑOS**

Nosotros ..... , 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 ..... 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 declaramos 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, ratificamos conocer y aceptar los riesgos que implica la práctica del rugby, asumiéndolos libre y voluntariamente, tanto en nombre propio como de nuestro hijo menor, relevando a la Unión Argentina de Rugby de toda responsabilidad por hechos que pudieren originarse con motivo de la práctica del rugby.

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 rugby, se ajusta a la verdad real.

Lugar y fecha .....

Nombres y Apellidos .....

Domicilio .....

DNI N° .....

FIRMA .....