



- CONMEBOL -

EVALUACIÓN MÉDICA PRECOMPETENCIA

APELLIDOS

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

POSICIÓN JUGADOR/A

CLUB LOCAL / SELECCIÓN

PAÍS

HISTORIA CLÍNICA PRE- PARTICIPATIVA

General - Cardiovascular

• Historia Cardiológica Personal

Dolor o malestar torácico de esfuerzo.

Lipotimia o síncope no explicado.

Disnea o fatiga desproporcionada en esfuerzo.

Soplo cardiaco previo.

Antecedente de hipertensión arterial.

Restricción previa para participar en deporte.

SI NO

• Historia Cardiológica Familiar

Muerte súbita cardiaca de familiar menor de 50 años.

Enfermedad coronaria en familiar menor de 50 años.

Familiares con patología cardiaca con riesgo de muerte súbita.

SI NO

• Historia Cardiológica General

Cirugías no traumatológicas.

Hospitalizaciones no quirúrgicas.

Traumatismo Cráneo Encefálico.

Asma Bronquial.

Otra patología relevante (Ej.: Epilepsia, diabetes, hipotiroidismo, etc.)

SI NO

HISTORIA CLÍNICA PRE- PARTICIPATIVA

General - Cardiovascular

• Fármacos de Uso Habitual

	DOSIS	DIAGNÓSTICO
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• Suplementos de Uso Habitual

	DOSIS	INDICACIÓN
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• Consume Alcohol

• Consume Tabaco

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



HISTORIA CLÍNICA PRE- PARTICIPATIVA

Sistema Músculo - Esquelético

• Intervenciones Quirúrgicas

	DERECHA	IZQUIERDA	FECHA
Hombro			
Codo			
Mano			
Columna			
Cadera			
Pubis			
Rodilla - Ligamento			
Rodilla - Meniscos			
Muslo			
Tobillo			
Pie			
Tendón de Aquiles			
Otra			

HISTORIA CLÍNICA PRE- PARTICIPATIVA

Sistema Músculo - Esquelético

• Lesiones Graves Sufridas

Inactividad igual /mayor a 4 meses

	DERECHA	IZQUIERDA	FECHA
Hombro			
Codo			
Mano			
Columna			
Cadera			
Pubis			
Rodilla - Ligamento			
Rodilla - Meniscos			
Muslo			
Tobillo			
Pie			
Tendón de Aquiles			
Otra			
Lesiones musculares			



-CONMEBOL-

Para Jugadoras

	NO	SI	
Ciclo Menstrual regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dismenorrea (Dolor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En las últimas 4 semanas
		<input type="checkbox"/>	Antes de las últimas 4 semanas
Amenorrea (Ausencia del periodo > 90 días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oligomenorrea (Periodos infrecuentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Está embarazada la atleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En las últimas 4 semanas
			¿Desde cuando? <input type="text"/>
¿Recurre la jugadora a métodos hormonales para suprimir o retardar la menstruación durante competiciones importantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• Lesiones Graves Sufridas

Inactividad igual /mayor a 4 meses

	DERECHA	IZQUIERDA	FECHA
Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pubis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rodilla - Ligamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rodilla - Meniscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Muslo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- CONMEBOL -

	DERECHA	IZQUIERDA	FECHA
Tobillo			
Pie			
Tendón de Aquiles			
Otra			
Lesiones musculares - Especificar			

EXÁMEN FÍSICO PRE- PARTICIPATIVA

Datos clínicos del Jugador

PESO:

TALLA:

IMC:

• Patología

	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCIÓN
Pulso			
Presión arterial (Sentado)			
Cabeza			
Cuello			
Tórax - Corazón			
Tórax - Pulmón			
Abdómen			
Alergia: Especificar			

- CONMEBOL -

ELECTROCARDIOGRAMA Y DOPPLER CARDIACO

• Mediciones Modo - 2D y Doppler

		COMENTARIO
Raíz de Aorta.	mm	
Aorta Ascendente	mm	
Aurícula izquierda (diámetro eje largo)	mm	
Aurícula izquierda área 4 cámaras	cm ²	
Aurícula izquierda volumen auricular	ml/m ²	
Aurícula derecha área 4 cámaras	mm	
Ventrículo izquierdo diámetro interno diastólico	mm	
Septum interventricular diastólico	mm	
Pared posterior diastólico	% / %	
Fracción eyección / Fracción acortamiento		
Motilidad Segmentaria (Normal o Anormal)	mm	
Ventrículo derecho diámetro basal 4 cámaras		
Válvula Mitral (normal/ anormal)		
Válvula Aórtica (normal/ anormal)		
Válvula Tricúspide (normal/ anormal)		
Válvula Pulmonar (normal / anormal)		
Presión Sistólica Arteria Pulmonar		
E/ E' medial		
E/ E' lateral		
Strain rate longitudinal ventrículo izquierdo 4 cámaras*		
Strain rate longitudinal ventrículo izquierdo 3 cámaras*		
Strain rate longitudinal ventrículo izquierdo 2 cámaras*		

- CONMEBOL -

• **Conclusiones**

1. _____
2. _____
3. _____

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE SANGRE

(En ayunas)

Analítica Básica

Hemoglobina	_____
Hematócrito	_____
Eritrocitos	_____
Trombocitos	_____
Leucócitos	_____
Sódio	_____
Potasio	_____
Calcio	_____
Fósforo	_____
Creatinina	_____
Colesterol (total)	_____
Colesterol LDL	_____
Colesterol HDL	_____
Triglicéridos	_____
Proteína C-reativa	_____
Ferritina	_____
Ácido Úrico	_____

- CONMEBOL -

RESUMEN DE LA EVALUACIÓN PRE- PARTICIPATIVA

Evaluación general - Conclusiones

• Historia Clínica

Examen Físico General

NORMAL



ANORMAL



Examen Físico Ortopédico



Laboratorio Clínico



• Electrocardiograma de Reposo

Normal

NORMAL



ANORMAL



Hallazgo Tipo 1 (frecuente en árbitros)



Hallazgo Intermedio (1)



Hallazgo Intermedio (2 o +)



Hallazgo Tipo 2 (Anormal)



• Ecorcadiograma y Doppler Cardíaco

Normal

NORMAL



ANORMAL



Compatible Corazón Atleta

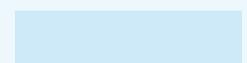


Anormal



• Conclusiones

Apto



Apto con Indicaciones de Seguimiento



No Apto



- CONMEBOL -

Médico Institución:

Médico Revisor Comisión Médica:

Hospital que realiza los estudios:

Fecha:

Firma del médico oficial del equipo:

Aclaración:
