



CONMEBOL-
FÚTBOL DESDE 1916

EVALUACIÓN MÉDICA PRE-COMPETENCIA

APELLIDOS

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

POSICIÓN JUGADOR/A

CLUB LOCAL / SELECCIÓN

PAIS DEL CLUB

HISTORIA CLÍNICA PRE-PARTICIPATIVA

General – Cardiovascular

Historia Cardiológica Personal

Dolor o malestar torácico de esfuerzo.

SI

NO

Lipotimia o síncope no explicado.

Disnea o fatiga desproporcionada en esfuerzo.

Soplo cardiaco previo.

Antecedente de hipertensión arterial.

Restricción previa para participar en deporte.

Historia Cardiológica Familiar

Muerte súbita cardiaca de familiar menor de 50 años.

SI

NO

Enfermedad coronaria en familiar menor de 50 años.

Familiares con patología cardiaca con riesgo de muerte súbita.

Historia Cardiológica General

Cirugías no traumatológicas.

SI

NO

Hospitalizaciones no quirúrgicas.

Traumatismo Cráneo Encefálico.

Asma Bronquial.

Otra patología relevante (ej. Epilepsia, diabetes, hipotiroidismo, etc.)

HISTORIA CLÍNICA PRE-PARTICIPATIVA

General – Cardiovascular

Fármacos de Uso Habitual

1. _____

DOSIS

DIAGNÓSTICO

2. _____

3. _____

Suplementos de Uso Habitual

1. _____

DOSIS

INDICACIÓN

2. _____

3. _____

HISTORIA CLÍNICA PRE-PARTICIPATIVA

Sistema Músculo – Esquelético

Operaciones

	DERECHA	IZQUIERDA	FECHA
Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodilla – Ligamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodilla – Meniscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muslo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendón Aquiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lesión Grave

*Inactividad igual/mayor a 4 semanas

	DERECHA	IZQUIERDA	FECHA
Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodilla – Ligamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rodilla – Meniscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muslo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendón Aquiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para jugadoras

Ciclo Menstrual Regular SI NO

Dismenorrea NO Sí, en las últimas 4 semanas.
 Sí, antes de las últimas 4 semanas.

¿Está embarazada la jugadora? NO Sí, ¿Desde cuándo?

¿Recurre la jugadora a métodos hormonales para suprimir o retardar la menstruación durante competiciones importante? SI NO

Patología

	AGUDA	CRÓNICA	DIAGNOSTICO
Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodilla – Ligamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rodilla – Meniscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muslo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendón Aquiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN FÍSICO PRE-PARTICIPATIVA

 PESO:

 TALLA:

 IMC:

Patología

GENERAL	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCIÓN
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial (Sentado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tórax: Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCIÓN
Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codo – Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadera – Ingle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muslo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO

NORMAL

SI

NO

Hallazgo Tipo 1 (Normales en deportistas)

	SI	NO
Bradycardia Sinusal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo AV 1°.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo incompleto de rama derecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertrofia ventricular izquierda por criterio de voltaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repolarización precoz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST Elevado con T negativa V1 – V4 en raza negra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST Elevado con T negativa V1 -V3 en menores 16 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ectopia atrial o ritmo de la unión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo AV 2° Tipo Mobitz 1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hallazgos limítrofes (se acepta solo 1 ítem)

	SI	NO
Eje eléctrico desviado a Izquierda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eje eléctrico desviado a Derecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crecimiento Aurícula Izquierda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crecimiento Aurícula Derecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo completo Rama Derecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hallazgos Tipo 2 (Anormales en deportistas)

	SI	NO
Onda T invertida más allá de V4 en raza negra y V3 en raza blanca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST con depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onda Q patológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo completo de rama izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QRS > 140	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
Onda epsilon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QTC prolongado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brugada Tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bradicardia Sinusal > 30 lpm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervalo PR > 40 MSG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo 2° Monitz tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo AV Completo (3°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrasístoles ventriculares (>2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taquiarritmias auriculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmias ventriculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ELECTROCARDIOGRAMA Y DOPPLER CARDIACO

Mediciones Modo M-2D y Doppler

		COMENTARIO
Raiz de aorta	<input type="text"/> Mm	<input type="text"/>
Aorta Ascendente	<input type="text"/> Mm	<input type="text"/>
Aurícula izquierda (diámetro eje largo)	<input type="text"/> Mm	<input type="text"/>
Aurícula izquierda área 4 cámaras	<input type="text"/> cms2	<input type="text"/>
Aurícula izquierda volumen auricular	<input type="text"/> ml/m2	<input type="text"/>
Aurícula derecha área en 4 cámaras	<input type="text"/> Mm	<input type="text"/>
Ventrículo izquierdo diámetro interno diastólico	<input type="text"/> Mm	<input type="text"/>
Septum interventricular diastólico	<input type="text"/> Mm	<input type="text"/>
Pared posterior diastólico	<input type="text"/> %/%	<input type="text"/>
Fracción eyección/ Fracción acortamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motilidad segmentaria (Normal o Anormal)	<input type="text"/> Mm	<input type="text"/>
Ventrículo derecho diámetro basal 4 cámaras	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Válvula Mitral (normal / anormal)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Válvula Aórtica (normal / anormal)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Válvula Tricúspide (normal / anormal)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Válvula Pulmonar (normal / anormal)	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>
Presión Sistólica Arteria Pulmonar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E/E' medial	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E/E' Lateral	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strain rate longitudinal ventrículo izquierdo 4 cámaras*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strain rate longitudinal ventrículo izquierdo 3 cámaras*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strain rate longitudinal ventrículo izquierdo 2 cámaras*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONCLUSIONES

- ---
- ---
- ---
- ---
- ---

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE SANGRE

(En ayunas)

Hemoglobina	<input type="text"/>
Hematócrito	<input type="text"/>
Eritrócitos	<input type="text"/>
Trombocitos	<input type="text"/>
Leucócitos	<input type="text"/>
Sódio	<input type="text"/>
Potasio	<input type="text"/>
Calcio	<input type="text"/>
Fósforo	<input type="text"/>
Creatinina	<input type="text"/>
Colesterol (total)	<input type="text"/>
Colesterol LDL	<input type="text"/>
Colesterol HDL	<input type="text"/>
Triglicéridos	<input type="text"/>
Proteína C-reativa	<input type="text"/>
Ferritina	<input type="text"/>

RESUMEN DE LA EVALUACION PRE-PARTICIPATIVA

HISTORIA CLINICA

Examen Físico General

Examen Físico Ortopédico

Laboratorio Clínico

ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO

Normal

Hallazgo Tipo 1 (Frecuente en deportista)

Hallazgo Intermedio (1)

Hallazgo Intermedio (2 o +)

Hallazgo Tipo 2 (Anormal)

ECOCARDIOGRAMA Y DOPPLER CARDIACO

Normal

Compatible corazón atleta

Anormal

CONCLUSIONES

Apto

Apto con Indicaciones de seguimiento

No apto

MÉDICO INSTITUCIÓN:

INSTITUCIÓN REALIZADA LA INFORMACIÓN:

FECHA:

FIRMA:

MÉDICO REVISADOR COMISIÓN MÉDICA -
CONMEBOL:

FECHA:

FIRMA: