



XII JUEGOS ARGENTINOS Y IX LATINOAMERICANOS PARA TRASPLANTADOS **SALTA 2018**

GUIA PARA COMPLETAR LOS FORMULARIOS MÉDICOS PARA LOS XII JUEGOS ARGENTINOS Y IX LATINOAMERICANOS PARA TRASPLANTADOS, SALTA 2018

FORMULARIO MÉDICO NÚMERO 1

Antes de participar y/o competir en los XII JUEGOS ARGENTINOS y IX LATINOAMERICANOS PARA TRASPLANTADOS, SALTA 2018. Esperamos que su salud sea óptima y apta para este tipo de evento. El apto médico lo debe realizar su Médico Trasplantólogo. (NO TOME RIESGOS INNECESARIOS).

Hay 3 niveles de exigencia que se muestran a continuación: Bajo / Medio / Alto:

BAJO NIVEL DE EXIGENCIA FÍSICA	NIVEL MEDIO DE EXIGENCIA FÍSICA	NIVEL ALTO DE EXIGENCIA FÍSICA
GOLF	TENIS DE MESA	TENIS
PETANQUE	VOLEY	NATACIÓN
	PRUEBAS DE CAMPO ATLETISMO	SQUASH
	MARCHA AERÓBICA	PRUEBAS DE PISTA ATLETISMO
	PADEL	CICLISMO
	BADMINTON	MINI MARATÓN 5 KM

Formulario Médico N° 1: Formulario informativo.

Formulario Médico N° 2: Debe ser completado por el atleta

Formulario Médico N° 3: Debe ser completado por el Médico que le realiza el seguimiento de trasplante. El atleta deberá realizarse una Prueba Ergométrica Graduada (PEG) y los datos deben ser anotados en dicha planilla.

Formulario Médico N°4: Debe ser completado por el Médico a cargo del seguimiento del paciente.



XII JUEGOS ARGENTINOS Y IX LATINOAMERICANOS PARA TRASPLANTADOS **SALTA 2018**

FORMULARIO MÉDICO N°2

DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Yo _____, DNI.....certifico que realizo actividad física en forma regular de la siguiente manera: ____Veces por semana durante un mínimo de ____Minutos por sesión. (Se recomienda un mínimo de 3 veces por semana durante un período de 40 minutos por sesión) .Participo en los siguientes deportes. Por favor, indique el nivel de exigencia como se indica en el formulario médico N° 1: Bajo-Medio-alto.

A: Tengo la intención de participar en los siguientes deportes:

	DEPORTE ELEGIDO	NIVEL DE EXIGENCIA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

B: MEDICAMENTOS

N°	MEDICAMENTO	FRECUENCIA	DOSIS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

YO TOMO / NO TOMO MEDICACIÓN ANTI-COAGULANTE
(Por favor realice un círculo, en la respuesta correcta)

(NOMBRE COMPLETO)

(FIRMA)

SEXO (F / M)

FECHA

CORREO ELECTRÓNICO: _____



XII JUEGOS ARGENTINOS Y IX LATINOAMERICANOS PARA TRASPLANTADOS **SALTA 2018**

FORMULARIO MÉDICO N°3

La información personal no será utilizada o revelada para fines distintos de aquellos para los que fueron recogidos, excepto con el consentimiento de la persona o de lo requerido por la ley. La información personal se mantendrá sólo mientras sea necesario para el cumplimiento de esos fines. Es posible que esta información sea usada para trabajos de divulgación científica. Este formulario debe ser completado por su Médico de seguimiento de trasplante.

El/LA participante ha manifestado que desea competir en los XII Juegos nacionales y IX latinoamericanos para trasplantados. Certifico que él / ella no muestra ninguna contraindicación para participar en el mismo.

Yo, el Dr. _____, Centro de Trasplante: _____

Teléfono _____ Email _____

Certifico que el estado actual de salud del Sr. / Sra / Niño/a: _____

_____ está apto para competir en los deportes

mencionados en el formulario Médico N°2. Fecha de nacimiento: ____/____/____.

Órgano trasplantado: _____ Fecha de Trasplante: ____/____/____.

Donante vivo/ Donante Fallecido (dibuje un círculo en la respuesta correspondiente)

Deportes en los que participará: _____: _____:

_____:

Certifico que él / ella no ha experimentado ningún episodio de rechazo en los últimos 6 meses.

Prueba de esfuerzo cardíaco: Todos los resultados deben ser completados por el Médico que la realiza. Tenga en cuenta que la prueba de esfuerzo debe ser posterior al 30 de ABRIL del 2018. Yo, el Dr. _____ Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Con referencia a las pruebas de estrés, por favor documentar lo siguiente: Fecha de la prueba: ____/____/____ (adjuntar la copia de la prueba)

Frecuencia cardíaca basal:

Frecuencia cardíaca máxima:

Tensión arterial basal:

Tensión arterial máxima:

Porcentaje de frecuencia cardíaca teórica máxima: _____

Razón de detenimiento de la prueba: _____

ECG:

Isquemia: si/no

Resumen:



XII JUEGOS ARGENTINOS Y IX LATINOAMERICANOS PARA TRASPLANTADOS **SALTA 2018**

FORMULARIO MÉDICO N°4

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Esta ficha Médica debe ser enviada escaneada junto con la prueba ergométrica antes del domingo 30 de septiembre para ser revisada por el cuerpo Médico del torneo, en caso de que nuestros especialistas consideren que el atleta no está en condiciones de participar se le dará aviso en forma inmediata y se dará de baja su inscripción. El dinero le será devuelto.

El mail para enviar dicha ficha es: Mresnik@intramed.net

DETALLES DEL COMPETIDOR:

Nombre Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Nacionalidad: _____

Correo electrónico: _____

En caso de emergencia contactarse con: _____ móvil: _____

Alergias:	Altura Competidor:
Dieta:	Peso Competidor:

DATOS DEL MÉDICO

Nombre: _____ Firma _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Mail _____ Fecha _____