



### DECLARACIÓN DE SALUD

Formulario a llenar por los padres del jugador:

Nombres y Apellidos:.....

Año de ingreso:..... Cobertura médica: .....

Seguro de accidentes o salud: .....

En caso de lesión avisar a:.....

Celular Contacto:..... Mail Contacto:.....

Derivar su atención, en la medida de lo posible a :.....

#### Historia Médica:

¿Tienes alguna enfermedad, insuficiencia o alergia? .....

Si la respuesta es SI, favor listar cada enfermedad, insuficiencia o alergia y los medicamentos que toma, para la misma.

Enfermedad / insuficiencia (por ej., asma, diabetes, epilepsia, anemia, hemofilia, enfermedad viral, etc.)	Medicación (por ej, pastillas, inhaladores, cremas, etc. Entregue el nombre)	Frecuencia (por ej, dos veces por día, sólo con los síntomas, etc.)

Alergia (por ejemplo, picadura de abeja, etc.)	Medicación (por ej, pastillas, inhaladores, cremas, etc.)	Dosis / Frecuencia

#### Historial de Lesiones:

Lesion	¿Cuándo? (mes año)	Tratamiento recibido	¿Quién lo trato? (Ej. Medico)	Estado actual lesión



--	--	--	--	--

**Evaluación de salud:**

¿En que otros deporte participa?			
¿Cuántas horas por semana?			
¿Ha jugado antes rugby?			
Si la respuesta es SI, ¿Dónde y cuántas temporadas?			
Altura:		Peso:	

**Cuestionario Cardiaco: (Marque el casillero que corresponde):**

Desmayo		Palpitaciones	
Mareos		Dolor o presión en pecho	
Falta de aire o cansancio rápido (Antes que los compañeros)		Antecedentes muerte súbita en familia en menores de 50 años	
Presión sanguínea Alta		Fuma	
Diabetes			

Los datos entregados en la presente declaración, son verídicos. En caso de no corresponder queda bajo la responsabilidad exclusiva del apoderado y el jugador

Cualquier Cambio de esta declaración debe ser comunicada inmediatamente con certificado medico.

Finalmente declaro que autorizo a ..... RUT: .....  
a realizar la práctica del rugby. En caso de problemas de salud y/o accidente deslindo de responsabilidad al Club UST RC.

Firma Apoderado:.....

Lugar y fecha:.....