



EXAMEN MEDICO PRE PARTICIPATIVO ANUAL OBLIGATORIO 2024

1) Realizar un estudio de rutina de laboratorio bioquímico: sangre y orina, para evaluar el comportamiento metabólico y descartar un gran grupo de enfermedades. **(Que no tenga más de 6 meses de realizado)**

- CITOLOGICO COMPLETO
- ERITROSEDIMENTACION
- UREMIA
- URICEMIA
- GLUCEMIA
- COLESTEROL TOTAL
- HDL COLESTEROL
- LDL COLESTEROL
- TRIGLICERIDOS
- CREATININA
- GOT
- GPT
- FOSFATASA ALCALINA
- ANTIGENO PROSTATICO (MAYORES DE 50 AÑOS).
- ORINA COMPLETA

2) Realizar un **examen clínico deportivo** que incluya un electrocardiograma de reposo.

3) Realizar una **ergometría deportiva** (“prueba de esfuerzo de máxima intensidad”). (No sub máxima). **La misma tiene valor si se realizó en el año en curso** (desde el 1 de enero de 2024)

4) Presentación junto con lo anterior de la **Ficha Medica Única ADVGT**, la que debe ser completada por el médico que realiza el examen, donde en la parte del apto debe decir: “Apto para la práctica de Fútbol Recreativo” (debe estar llenada en todos sus ítems y no solo en la parte del apto medico). **Fecha límite de presentación año 2024, entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2024.** (Recibiéndose todo junto estudios y ficha medica completa hasta dicha fecha, **(no se recibirán estudios en forma parcial)** los **capitanes deberán juntar los estudios de cada uno de los integrantes de su equipo, para luego entregarlos solo al Dr. Miguel Lujan o al Dr. Armando Lio**, informando estos últimos a comisión directiva las personas que están habilitadas para jugar.

Todo lo anterior deberá ser realizado por médicos especialistas en cardiología o en Medicina del Deporte.



5) Llenado y firmado de la DECLARACION JURADA DE SALUD (por el socio o invitado) Y todo estudio que el medico considere necesario pedirle

Listado de médicos o instituciones autorizadas para realizar el apto medico

1. LIO, Armando 23566/8 Rondeau 293 4891337 155218355 aslio1@hotmail.com
2. FRANCHI, Lucas Eduardo 27762/0 Santa Rosa 1408 esq. Chaco 4891337 155936860 drfranchi@hotmail.com
3. MOLINA, Miguel Andrés 12394 Martiniano Chilavert 2570 4793537 155522018 molinamiguelandres@hotmail.com
4. PEREYRA, Arnaldo del Valle MP.23575 Nuevo Mundo 1211 B° Res. América 4783280-Duarte Quiroz 1948 4714854 155332442 arnaldopereyra@hotmail.com
5. Farah Emilio Román MP 34873/3. José Miralles 1049 – Rogelio Martinez 4605869 3517616431 emifarah@hotmail.com
6. Lassen Christian Alejandro 35125 Juan Rodriguez 1323 - Barrio San Vicente 3514419007 3518592585 eyra.consultorios@gmail.com
7. Lovaiza Carlos Alberto 32005 Gauss 5639 3543-445353 3516879967 drlovaiza@gmail.com
8. CARD Av. Cárcamo S/N - Agencia Córdoba Deportes 3514348367 estadio olímpico Córdoba
9. Servicio de Cardiología Hospital Italiano de Córdoba
10. Servicio de Cardiología Sanatorio Allende Córdoba
11. Servicio de Medicina del Deporte o de Cardiología Hospital Privado
12. Servicio de Medicina del Deporte o de Cardiología Clínica Reina Fabiola.
13. Servicio de Cardiología Clinica Privada Velez Sarsfield
14. Servicio de Medicina del Deporte o de Cardiología Conci Carpinella.
15. Servicio de Cardiología Hospital Nacional de Clínicas
16. Servicio de Cardiología Hospital San Roque
17. Servicio de Cardiología Hospital Córdoba

DEPARTAMENTO MEDICO ADVGT



VENCIMIENTO: / / (para uso auditores médicos ADVGT)

• **DATOS PERSONALES:**

Apellido y Nombres:

Domicilio: T.E: Ciudad: Provincia:
C.P:

D.N.I: F. Nto: / / Edad:

Ob. Social Af.N: Est. Civil: Hijos: Profesión:
Médico de Cabecera:

• **ANT. DEPORTIVOS:**

EXAMEN FISICO

• **EX. CARDIOVASCULAR: (Datos Positivos)**

Fr. Cardíaca: Tension arterial:

Pulsos: Ruidos y soplos:

Observaciones:

• **EX. RESPIRATORIO:(Datos Positivos)**

MV: Ruidos agregados:

Observaciones:

• **EX. O.M.A.:**

• **EX. O.R.L.:**

• **EX. OFTALMOLOGICO:**

• **EX. ABDOMEN:**

• **EX. GENITOURINARIO:**

• **EX. NEUROLOGICO:**

• **CRECIMIENTO Y DESARROLLO:**

Peso inicial _____ Talla: _____ IMC _____
Peso semestral _____ Circunferencia de cintura _____

• **Otros datos del examen físico que el facultativo crea conveniente agregar:**



• **INTERCONSULTAS:**
(Según criterio del facultativo)

Exámenes Complementarios:

Informe ECG:.....
.....

Prueba de esfuerzo graduada:.....
.....

Análisis Bioquímicos (obligatorios)

Citologico completo	
VSG	
Glucemia	
Colesterol	
triglicéridos	
HDL colesterol	
LDL colesterol	
Hepatograma	
Uremia	
Uricemia	
Ag. prostático	
Orina completa	

Otros estudios según criterio medico:

Certifico que el Sr.....D.N. I:.....
Se encuentra APTO– NO APTO (tachar lo que NO corresponda) para la practica de futbol no competitivo

.....
Fecha

.....
Firma y Sello del Médico