



ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE FUTBOL

CHEQUEO CARDIOVASCULAR ANUAL

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO:

CUESTIONARIO:

ANTECEDENTES PERSONALES

Dolor de pecho al esfuerzo	Si	No
Sincope no explicado	Si	No
Disnea desproporcionada	Si	No
Se conoce portador de soplo	Si	No
Antecedente HTA	Si	No

ANTECEDENTES FAMILIARES

Muerte súbita en familiar cercano menor de 50 años	Si	No
Enfermedad coronaria en familiar menor de 50 años	Si	No
Cardiopatía hereditaria o familiar	Si	No

EXAMEN FÍSICO

Auscultación de soplo cardíaco	Si	No
Pulsos periféricos alterados	Si	No
Estigma de Sx de Marfan	Si	No

ELECTROCARDIOGRAMA

Onda T negativa	Si	No
Depresión del segmento ST	Si	No
Onda Q patológica	Si	No
Bloqueo completo de rama izquierda	Si	No
QRS >140 ms	Si	No
Preexcitación ventricular	Si	No
Intervalo QT prolongado	Si	No
Patrón de Brugada tipo I	Si	No
Bradycardia sinusal grave <30 lpm	Si	No
Intervalo PR > 400 ms	Si	No



Bloqueo AV de 2° tipo Mobitz II	Si	No
Bloqueo AV de 3°	Si	No
>2 extrasistoles ventriculares	Si	No
Taquiarritmias auriculares	Si	No
Taquiarritmias ventriculares	Si	No

Si presenta con algún ítem marcado con **SI**, se debe solicitar y adjuntar evaluación por cardiólogo

APTO: SI NO

Nombre y Firma del médico
N° de registro



ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE FUTBOL

CHEQUEO CARDIOVASCULAR ANUAL

FORMULARIO COMPLEMENTARIO PARA PRIMERA DIVISION, RESERVA Y DIVISION INTERMEDIA

ECOCARDIOGRAFIA:

Dilatación del VI	Si	No
Hipertrofia del VI	Si	No
Hipertrofia del VD	Si	No
FE < 50%	Si	No
AI dilatada	Si	No

Si presenta con algún ítem marcado con SI, se debe solicitar y adjuntar evaluación por cardiólogo

APTO: SI NO

Nombre y Firma del médico
Nº de registro