

CUESTIONARIO RECONOCIMIENTO MÉDICO.

FECHA (día y año)

HORA

DEPORTE:

NOMBRE:

EDAD:

¿EMPADRONADO en San Fdo? SI NO

RELLENE Y FIRME EL CUESTIONARIO. Entr° guelo junto con los informes de que disponga EL DñA Y HORA QUE HAYA SIDO CITADO. SE RUEGA PUNTUALIDAD. NO SE ATENDERÁ SIN CITA. OBLIGATORIO MASCARILLA NO ACUDIR SI ESTÁN O HAN ESTADO ENFERMOS EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS. NO ACUDAN AL RECONOCIMIENTO MÉDICO SI PRESENTAN SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON COVID. NECESARIO PRESENTAR el cuestionario cumplimentado y ficha federativa en deporte federado. EN CASO DE ANULAR O SOLICITAR NUEVA CITA PARA EL RECONOCIMIENTO MÉDICO, Pd'NGANSE EN CONTACTO CON NOSOTROS EN EL TLF 916719911. **LOS MENORES DEBEN ACUDIR ACOMPAÑADOS.**

Si ha pasado recientemente otra revisión médica (revisión pediátrica, reconocimiento de empresa, revisiones escolares) tráigala al reconocimiento médico.

- Fecha aproximada de la última revisión médica ¿alguna alteración? SI NO
En caso afirmativo indique cuál:
- Fecha de los últimos análisis de sangre / orina ¿alguna alteración? SI NO
En caso afirmativo indique cuál:
- ¿Le han hecho algún electrocardiograma? SI NO ¿cuándo? ¿alguna alteración? SI NO
En caso afirmativo indique cuál:
- ¿Qué medicamentos toma?
- ¿Para qué los toma?
- ¿Alergias?
- ¿Está haciendo actualmente alguna dieta? SI NO. ¿Alergia a algún alimento?
- ¿Cuánta agua bebe al día aproximadamente?
- ¿Practica habitualmente deporte? SI NO ¿Qué deportes?
¿Cuántos días? ¿tiempo día?

ANTECEDENTES.

¿Qué enfermedades infantiles ha tenido?

Marque las enfermedades que tienen o han tenido sus familiares directos (abuelos, padre, madre, hermanos, tíos...)

DIABETES HIPERTENSIÓN COLESTEROL ELEVADO ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

INFARTO MUERTE SÚBITA CÁNCER COVID 19 OTRAS.

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS PATOLOGÍAS? MARQUELAS:

Tensión elevada	Colesterol elevado	Diabetes	Arritmias cardíacas	Infarto	Síncopes
Trombosis	Ictus	Enfermedad renal	Alteración coagulación	Patología columna	Asma
Alergi	Tensión ocular elevada	Epilepsia	Cáncer	Anemia	Hepatitis
COVID 19 ¿Cuándo?		¿FUMA? ¿Cuánto?		¿BEBE alcohol? ¿Cuánto?	

Última vacuna que le han puesto:

¿Tiene alguna enfermedad CRÓNICA? SI NO ¿Cuál?

¿OPERADO DE ALGO? SI NO ¿De qué y Año?

¿SE HA ROTO ALGÚN HUESO? SI NO ¿Cuál y qué año?.

¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad en la piel? SI NO

¿Cuál y cuándo?

¿Se toma la tensión habitualmente? SI NO

¿Se le ha detectado en alguna ocasión un soplo? SI NO ¿Cuándo?

¿De qué tipo?

¿Ha tenido algún problema de corazón? SI NO

En caso afirmativo indique cuál y cuándo.

¿Se cansa con facilidad? SI NO

¿Ha tenido algún problema respiratorio? (asma, bronquitis, neumonías...)

¿Le falta el aire habitualmente? SI NO

¿Tiene problemas o molestias abdominales? SI NO

¿Cuáles?

¿Es diabético? SI NO ¿Tratamiento?

¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión en los riñones? SI NO ¿Cuál?

¿Tiene dolor en alguna articulación? SI NO

¿Cuáles?

¿Tiene dolor en la columna vertebral? SI NO ¿Enfermedad o lesión en la columna? SI NO

En caso afirmativo indique cuál:

¿Ha llevado plantillas? SI NO ¿Cuándo y para qué?

¿Ha perdido el conocimiento en alguna ocasión? SI NO

En caso afirmativo indique la causa y cuándo le ocurrió.

¿Ha tenido ataques epilépticos? SI NO

En caso afirmativo indique cuando le ocurrió el último y qué medicación toma.

¿Ha tenido algún problema psiquiátrico? SI NO

En caso afirmativo indique cuál:

¿Usa gafas? SI NO ¿Para qué?

¿Ha tenido o tiene algún problema ocular? (¿desprendimiento de retina, glaucoma...?) SI NO

¿Ha tenido problemas con los oídos? SI NO ¿Cuál?

¿QUIERE INDICARNOS ALGO SOBRE SU SALUD NO RECOGIDO EN EL CUESTIONARIO?

Yo, D/Dña.

declaro que son ciertas las respuestas al siguiente cuestionario.

Fdo.

En caso de ser menor es obligada la firma del padre y/o tutor.

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos personales del/la deportista, y en su caso, los del/la menor de edad por usted representado/a en calidad de tutor/a legal del mismo, que nos ha proporcionado a través del formulario, serán tratados e incluidos en su historia clínica para su mejor asistencia sanitaria siendo los destinatarios de la información el personal médico del centro implicados en su proceso de asistencia. Se incorporará también al Área de Deportes del Ayuntamiento de San Fernando de Henares y serán cedidos exclusivamente a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el conocimiento, mejora y/o atención de su estado de salud y/o de su patología en caso de que la hubiera. Todos estos tratamientos son necesarios para tramitar su solicitud y usted presta su consentimiento expreso para los mismos. La base legal del tratamiento es su consentimiento y el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento en virtud de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, le informamos que sus datos serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Ud. puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento de sus datos dirigiendo un escrito al Ayuntamiento de San Fernando de Henares, a la dirección Plaza de España, S/N, 28830, San Fernando de Henares, España, o vía correo electrónico a dpdsanfernando@ayto-sanfernando.com, acompañando copia de su DNI, acreditando debidamente su identidad y especificando el derecho que quiere ejercitar. En cualquier situación, Ud. tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).