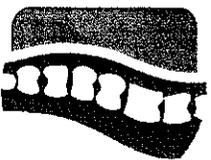


CONSENTIMIENTO LOPD



CFMML
CENTRO FISISIO-MÉDICO LEIOA

*Centro de Fisioterapia Leioa SLU
Kandela Zubibietza 23, bgo. 48940 Leioa.
48450- LEIOA (Bizkaia)*

D/DÑA _____ con DNI Nº _____, en calidad de tutor legal del menor _____, he sido convenientemente informado de la realización de un reconocimiento promovido por el Federación Vizcaína de Baloncesto, por lo que, en ejercicio de las facultades que la ley me concede,

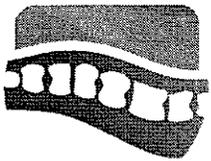
Presto mi consentimiento para la práctica del citado reconocimiento médico.

Asimismo, y en cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal y legislación concordante, PRESTO MI CONSENTIMIENTO de forma expresa a la empresa Centro de Fisioterapia Leioa S.L.U. para que los datos personales que obtenga en el desarrollo de su actividad de práctica de los reconocimientos médicos, sean utilizados únicamente para tal finalidad y sean incorporados y tratados automatizadamente, habiendo sido informado asimismo, de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los mismos, mediante envío de un escrito a la dirección arriba referenciada, según lo previsto en citada la Ley Orgánica.

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Fdo:



CFMML
CENTRO FISIOMÉDICO LEIOA

Centro de Fisioterapia Leioa SLU
Kandela Zabala 23, bgo. 48940 Leioa.
48450-LEIOA (Bizkaia)

Por medio del presente, y en cumplimiento de lo previsto en la Ley Organica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal y legislación concordante, PRESTO MI CONSENTIMIENTO de forma expresa a la empresa Centro de Fisioterapia S.L.U para que los datos personales que obtenga en el desarrollo de su actividad de práctica de los reconocimientos médicos, sean utilizados únicamente para tal finalidad y sean incorporados y tratados automatizadamente, habiendo sido informado asimismo, de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los mismos, mediante envío de un escrito a la dirección arriba referenciada, según lo previsto en citada la Ley Organica.

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Fdo:

*/



RECONOCIMIENTO MEDICO DE APTITUD DEPORTIVA

Por favor rellenar los datos personales con letras mayúsculas

Datos de filiación

Apellidos _____ Nombre _____
Calle _____ Localidad _____
C.P. _____ Tfno. _____ Fecha Nacimiento _____ Edad _____
Deporte _____ Horas/semana _____ Profesión _____ Fecha _____
Talla _____ Peso _____

Observaciones importantes para el reconocimiento:

- Si toma alguna medicación, nos la trae.
- Vestimenta: acuda con ropa confortable y calzado cómodo, preferentemente pantalón corto, zapatillas de deporte y chándal por encima.
- Evitar la actividad física intensa o el ejercicio inhabitual en las doce horas anteriores y la actividad física energética 2 horas antes del reconocimiento.
- No tomar alimentos, si son ligeros 1 hora antes y si es normal 2-3 horas antes del reconocimiento.
- No tomar excitantes, fumar, café o alcohol en las tres horas anteriores al reconocimiento.

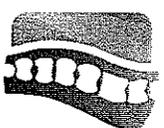
Datos deportivos

Deportes practicados _____ Deporte actual: _____
Especialidad _____ Años de práctica _____
Días de entrenamiento a la semana: _____ Tiempo de entrenamiento _____

Cuestionario de salud

Por favor responde a las siguientes preguntas poniendo un círculo en el **SI** o **NO**.
Si responde **SI**, por favor explique en la parte inferior o de atrás del cuestionario

- ¿ Tiene o ha tenido alguna vez un problema médico serio que haya requerido cirugía, hospitalización o tratamiento prolongado? SI NO
- ¿ Toma algún tipo de medicación? SI NO. Cual.....
- ¿ Tiene o ha tenido algún tipo de reacción alérgica severa u otros problemas de alergia con fiebre, asma o eccema? SI NO
- ¿ Tiene asma o dificultad de respirar durante o inmediatamente después del ejercicio? SI NO
- ¿ Tiene o ha tenido un soplo cardíaco, taquicardia (pulso acelerado), palpitaciones presión arterial alta o colesterol alto? SI.....NO
- ¿ Ha tenido algún mareo, desmayo o pérdida de conciencia durante o después del ejercicio? SI NO
- ¿ Tiene dolor torácico o se cansa más fácilmente que otros de su edad cuando se ejercita? SI NO
- ¿ Tiene algún familiar o pariente cercano que haya tenido problema de corazón o haya muerto de repente antes de cumplir 50 años? Si No.
- ¿Algún médico le ha denegado o restringido su participación en deportes por algún problema de corazón? Si No.
- ¿Ha tenido una infección viral severa (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes? Si No.
- Ha sufrido algún problema relacionado con el calor como calambres de calor, dolor de cabeza severo, desvanecimientos o pérdidas de conocimiento? Si No.
- ¿ Tiene o ha tenido alguna conmoción o pérdida de conciencia por un golpe o contusión? Si No.
- ¿ Tiene o ha tenido convulsiones o ausencias epilépticas? Si No.
- ¿ Tiene o ha tenido dolor calcinante, entumecimiento u hormigueo en sus brazos o



piernas, asociado con alguna actividad deportiva o física? Si No.

15. ¿Tiene algún problema con sus ojos o visión? Si No.

16. ¿Tiene diabetes o elevación de la glucosa sanguínea? Si No.

17. ¿Ha tenido que dejar de practicar alguna actividad física o deportiva por una lesión o razón física? Si No.

18. ¿Tiene o ha tenido alguna lesión importante como un hueso roto o fracturado o una articulación luxada? Si No.

Otros datos o explicaciones que considere de interés para el médico:

Aseguro que todas respuestas al cuestionario son verdaderas y no oculto datos que puedan ser relevantes para obtener el certificado de aptitud para el deporte.

Fecha:

Firma y DNI del/de la interesado/a :

Firma y DNI del/de la representante legal del/de la menor, si procede:

DATOS MEDICOS.

- Talla..... cm. Peso.....Kg. Perimetro muñeca Izda.....cm.

- Auscultacion.

**

- Antropometria por bioimpedancia.

Z(Impedancia).....PA(Angulo).....% Masa grasa.....% Masa musc.....%
Agua total.....% Metabolib.....cal. Nec Energet.....cal

- Electro basal.

- Revision Podologica.

- Espirometria. PEF.....CV.....

- Test Ruffier.

(P1).....(P2).....(P3).....Puntuación.....

Nombre y apellidos Facultativo:

.....
.....
.....
Num. Colegiado.....

Apto (indicar **SI** ó **NO**).....

Fecha.....

Firma facultativo:

Comentarios: