



## Solicitud de Reconocimientos Médicos para deportistas federados de CLUBES o ENTIDADES de SAN JAVIER

RELLENAR CON LETRAS MAYÚSCULAS. Instrucciones al dorso

Club o entidad deportiva solicitante: .....  
 Domicilio social: .....  
 Teléfono: ..... Correo electrónico: .....  
 Fecha de la solicitud: ..... / ..... / .....

| Apellidos y nombre | Reconocimiento * | F. nacimiento | Teléfono |
|--------------------|------------------|---------------|----------|
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |
|                    |                  |               |          |

\* Especificar el tipo de reconocimiento que se solicita: **Básico, Normal** ó **Avanzado** (información en última página).

Firma del responsable del Club / Entidad:

Sello del Club / Entidad:

Fdo: .....

Cargo: **PRESIDENTE – SECRETARIO** (táchese lo que no proceda)

NOTA: **El firmante** de la presente solicitud, en representación del Club, **CERTIFICA** que el deportista para el que se solicita reconocimiento médico pertenece al club o entidad el día de la fecha y es federado o se encuentra en trámite de serlo. También manifiesta que ha leído íntegramente la información sobre Protección de Datos que figura en la página 2 de la presente solicitud.

## INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia y de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados u obtenidos, incluidas las imágenes, serán incluidos en un fichero titularidad del Ayuntamiento de San Javier, con CIF P-3003500J y dirección en Plaza de España, nº3, 30730, San Javier, Murcia (Responsable del tratamiento), debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos. Los datos recogidos tienen por finalidad la prestación de servicios sanitarios incluidas medidas de asesoramiento, prevención, diagnóstico, tratamiento o cualquier otro tipo de asistencia prestada por el Centro de Medicina del Deporte.

Los datos no serán facilitados a terceros excepto cuando ello sea necesario para un tratamiento médico y con la única finalidad de prestar servicio al usuario. Asimismo, le comunicamos que los mismos serán tratados con la confidencialidad requerida por la normativa de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma. Se le informa también de que estos 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.

El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación, portabilidad, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos cuando proceda, dirigiéndose a la dirección de correo del DPD: [dpo@sanjavier.es](mailto:dpo@sanjavier.es), o a través del registro del Ayuntamiento, facilitando copia de su DNI o documento identificativo equivalente. Podrá dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) para presentar una reclamación cuando no considere debidamente atendida su solicitud. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos, no podrá hacerse efectiva la prestación de los servicios expuestos en el párrafo primero durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer el Centro de Medicina del Deporte de los datos necesarios para llevarlos a cabo.

Con la firma de la presente solicitud, el usuario otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos.



## **INFORMACIÓN**

RELLENAR TODOS LOS APARTADOS, incluido el número de teléfono (preferiblemente móvil) de cada deportista y FIRMAR la solicitud.

### **TIPO DE RECONOCIMIENTO**

**Reconocimiento Básico:** historia clínica, antropometría, toma de tensión arterial, auscultación cardiorrespiratoria, ELECTROCARDIOGRAMA en reposo, exploración del aparato locomotor, exploración orofaríngea y exámen de la agudeza visual.

Recomendado para **menores de 14 años**.

Precio **Abonados PDM: 6,75 €**. **NO abonados: 9,00 €**

**Reconocimiento Normal:** historia clínica, antropometría, toma de tensión arterial, auscultación cardiorrespiratoria, ELECTROCARDIOGRAMA en reposo, ESPIROMETRÍA en reposo y PRUEBA DE ESFUERZO en tapiz rodante o en cicloergómetro con ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO.

Precio **Abonados PDM: 13,50 €**. **NO abonados: 18,00 €**

**Reconocimiento Avanzado:** todas las exploraciones incluidas en el tipo 2 y, además, ANÁLISIS DE GASES respiratorios durante la prueba de esfuerzo, determinación de CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO, UMBRALES AERÓBICO Y ANAERÓBICO e INTENSIDADES ÓPTIMAS DE ENTRENAMIENTO.

Precio **Abonados PDM: 22,50 €**. **NO abonados: 30,00 €**

### **PROCEDIMIENTO A SEGUIR (por el orden que se indica)**

- 1º. REGISTRAR LA SOLICITUD (en el Polideportivo o en el Ayuntamiento).
- 2º. PEDIR CITA en el Centro Médico.  
Teléfono **968 57 37 00** extensión **5154** (de **8:30 a 9:30** y de **13:30 a 14:00 horas**).
- 3º. INGRESAR el importe en las oficinas del Polideportivo.
- 4º. ACUDIR A LA CITA aportando el RESGUARDO DEL INGRESO.

**DOCUMENTACIÓN A APORTAR:** informes médicos, analíticas y otras exploraciones que estén en su poder y considere puedan ser de interés.

**INDUMENTARIA PARA EL RECONOCIMIENTO:** ropa deportiva que incluya un **pantalón corto** (culote en caso de practicar ciclismo) y **zapatillas deportivas** (si es ciclista lleve además las que utilice en su bicicleta).

**NOTA:** Los **menores de 16 años** y los **incapacitados** asistirán al reconocimiento **acompañados** del Padre, la Madre, el Tutor o el Representante Legal.