



## **SOLICITUD DE INFORME GRATUITO DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA**

### **(CUESTIONARIO DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA)**

La práctica de ejercicio físico o de un deporte puede comportar riesgos para el organismo. Estos riesgos se deben prevenir en la medida de lo posible con la realización de un reconocimiento médico-deportivo o, al menos, de un cuestionario que permita valorar el estado de salud. El objetivo de este cuestionario es detectar posibles alteraciones que puedan agravarse por la realización de ejercicio y, en función de estas, realizar las recomendaciones que procedan. De este modo usted puede obtener un **INFORME GRATUITO** de salud para la práctica deportiva.

### **PROCEDIMIENTO A SEGUIR:**

**Rellene** todos los apartados del **cuestionario**.

**Hágalo llegar al Centro de Medicina del Deporte** por cualquiera de estos procedimientos:

Por correo electrónico a la dirección: [medicina@sanjavier.es](mailto:medicina@sanjavier.es)

En sobre cerrado dirigido al Centro de Medicina del Deporte, a entregar en el mismo o en las oficinas del Polideportivo (calle Maestre, s/n, 30730-San Javier).

Posteriormente **se le enviará**, por correo electrónico u ordinario, **un informe** con las conclusiones obtenidas a partir del cuestionario y las recomendaciones que procedan.

### **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.



## CUESTIONARIO DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA

### FILIACIÓN

Nombre:		Apellidos:	
Fecha Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:	
Sexo:	Edad:	NIF o Tarjeta de Residencia:	
Domicilio:			
Localidad:		Código Postal:	
Provincia:		País:	
Teléfono:		Email:	

### DATOS DEPORTIVOS

Federación:	Deporte:
Especialidad:	Prueba:
Posición de juego:	Nivel de competición alcanzado:
Categoría:	Años de práctica de este deporte:
Horas dedicación semanal hasta ahora:	Nº de días a la semana de entrenamiento:
Periodo de la temporada:	
Otros deportes o actividades físicas practicadas:	

### HISTORIA MÉDICA (Marca la opción que corresponda con tus antecedentes)

ANTECEDENTES	SI	NO	
¿Algún miembro de su familia ha fallecido por problemas de corazón o de forma súbita?			1
¿Sus padres o hermanos han padecido alguna enfermedad cardiovascular antes de los 50 años?			2
¿Tiene más de 45 años (hombre) o de 55 años (mujer)?			3
<b>EN EL RELACIÓN CON EL EJERCICIO</b>			
¿Alguna vez ha notado palpitaciones o que el corazón se acelere más de la cuenta?			4
¿Ha perdido el conocimiento durante o después del ejercicio en alguna ocasión?			5
¿Se ha sentido mareado durante o después del ejercicio en alguna ocasión?			6
¿Ha sentido dolor en el pecho durante o después del ejercicio en alguna ocasión?			7
¿Se cansa más rápidamente que sus compañeros cuando hace ejercicio?			8
¿Ha tenido algún problema por realizar ejercicio en ambiente caluroso?			9
¿Ha tenido alguna erupción cutánea ("ronchas", etc.) durante o después del ejercicio?			10
¿Ha notado tos, pitos o problemas para respirar durante o después del ejercicio en alguna ocasión?			11
¿Algún médico le ha prohibido o limitado la práctica deportiva por algún problema?			12
¿Ha tomado en alguna ocasión suplementos o vitaminas para ganar o perder peso o mejorar su rendimiento?			13
¿Ha dejado de hacer ejercicio físico de forma regular?			14
<b>ENFERMEDADES</b>			
¿Le han diagnosticado alguna enfermedad cardiaca?			15
¿Alguna vez le han dicho que tuviera un soplo de corazón?			16
¿Ha tenido un accidente vascular cerebral?			17

	SI	NO	
¿Ha tenido o tiene la tensión arterial elevada o el colesterol alto o diabetes?			18
¿Ha tenido o tiene anemia o falta de hierro?			19
¿Padece alguna enfermedad actual o crónica?			20
¿Ha tenido o tiene sobrepeso?			21
¿Es alérgico (al polen, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos)?			22
¿Ha padecido alguna infección viral importante (pericarditis, miocarditis, mononucleosis) u otras similares?			23
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad respiratoria (asma, bronquitis crónica)?			24
¿Tiene algún problema de piel en la actualidad (picor, erupción, verrugas, hongos, etc.)?			25
¿Ha sufrido alguna conmoción o lesión en la cabeza?			26
¿En alguna ocasión ha perdido el conocimiento y/o la memoria?			27
¿Padece dolores de cabeza frecuentes y/o intensos?			28
¿Ha tenido algún episodio de convulsiones?			29
¿Ha tenido alguna vez sensación de adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazo en brazos o piernas?			30
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad no reflejada en este cuestionario?			31
¿Ha permanecido hospitalizado más de 1 día en alguna ocasión?			32
¿Le han realizado alguna intervención quirúrgica?			33
¿Le han hecho alguna transfusión de sangre?			34
¿Toma actualmente algún medicamento, pastillas o utiliza algún inhalador?			35
¿Tiene o ha tenido algún problema de visión?			36
¿Utiliza o ha utilizado gafas o lentillas?			37
¿Tiene o ha tenido problemas dentales como maloclusión, caries, u otro?			38
¿Tiene o ha tenido problemas de audición?			39
¿Tiene o ha tenido problemas para dormir, ansiedad, o algún problema psicológico?			40
¿Consume tabaco y/o alcohol habitualmente?			41
<b>LESIONES</b>			
¿Ha tenido alguna lesión en el tobillo?			42
¿Y en la rodilla?			43
¿Ha tenido alguna lesión muscular?			44
¿Ha tenido alguna fractura o luxación articular?			45
¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en tendones o articulaciones?			46
¿Ha sufrido alguna otra lesión?			47
¿Utiliza o ha utilizado algún tipo de protección o corrección ortopédica para el deporte?			48
<b>SOLO PARA LAS MUJERES</b>			
¿Tienes la regla?			49
¿Sus reglas son regulares?			50
¿Ha tenido alguna falta en la regla de más de 3 meses u otra alteración menstrual?			51
¿Tiene dolores menstruales que precisen tratamiento?			52
¿Tiene dolor o bulto en el pecho?			53
¿Toma anticonceptivos?			54
¿A qué edad tuvo la primera regla?: _____			55

Fecha: Nombre: DNI (del tutor en caso de menor de 16 años):	Firma del deportista o tutor (en menores de 16 años):
---	---

El firmante del presente documento autoriza a que estos datos y los recogidos en la revisión médica se incorporen a un registro informatizado titularidad del Ayuntamiento de San Javier, con CIF P3003500J y dirección en Plaza de España, 3, 30730, San Javier, Murcia, así como su utilización, cuando sea conveniente, por parte del personal facultativo del Centro de Medicina del Deporte. Se informa asimismo que le asisten los derechos contenidos en el artículo 5 de la LOPD, pudiendo ejercitarlos en cualquier momento remitiéndose al titular del fichero.

**OBSERVACIONES (a cumplimentar por el médico que revisa el cuestionario):**