

HOJA MÉDICA
(a rellenar por los padres en menores de edad)

(*) Datos que se deben rellenar de forma imprescindible

Datos del Niño/deportista	
1º Apellido (*)	
2º Apellido (*)	
Nombre (*)	
Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa) (*)	
Lugar de nacimiento(*)	
Sexo (*)	
DNI,NIF o Tarjeta de residencia	
Nacionalidad:	
Dirección	
Número y puerta	
CP	
Población (*)	
Provincia	
País	
Teléfono (*)	
Correo electrónico(*)	
Raza/etnia	
Grupo sanguíneo	

Revisión Médica anterior por el Patronato deportivo Municipal (marcar con una X) (*)	SÍ	
	NO	

Datos deportivos	
Federación	
Deporte (*)	
Especialidad	
Prueba	
Posición de juego	
Nivel de competición alcanzado	
Categoría(*)	
Horas de práctica al día(*)	
Días de práctica a la semana(*)	
Años que lo practica(*)	
Otros datos	
Horas que duerme x día(*)	
Horas de estudio por día	
Horas de televisión, videojuegos, consola, ordenador, tableta, Smartphone por día(*)	
¿Es diestro o zurdo? (*)	
Otros deportes que practica (indicar nº de horas entre [...])	
Nivel estudios /titulación(*)	
Tipo de actividad laboral horas de trabajo al día(*)	

Datos de la familia	
Talla del padre en cm.	
Talla de la madre en cm.	
Nº de hermanos	
Puesto del niño/a entre los hermanos	

Rogamos señale con una (x) en la casilla correspondiente si algún familiar padeciera alguna de las afecciones que se reseñan: (*)

	Abuelos	Padre	Madre	Hermanos	Tíos
Diabetes					
Hipertensión					
Problemas cardíacos					
Alergias					
Asma					
Colesterol					
Obesidad					
Enfermedades metabólicas, especificar					
Cáncer					
Anemia					
Hemofilia					
Leucemia					
Enfermedades del sistema nervioso, especificar					
Convulsiones					
Epilepsia					
Enfermedades hereditarias, síndromes, especificar					

Asimismo indique las enfermedades, operaciones o lesiones que haya padecido desde su nacimiento, o cualquier otro dato médico que consideren de interés (medicamentos que toma, alergias, edad de la primera menstruación, etc.): (*)

Fecha	Descripción	Duración	Secuelas

(Si ha sido asistido de urgencias en alguna ocasión o ha tenido que ser ingresado alguna vez, sería conveniente que nos envíen fotocopia del parte médico emitido).

¿Cree UD. Que su hijo puede realizar actividad física?	SI	NO
--	----	----

Patronato Deportivo Municipal
Centro Municipal de El Coto
Plaza de la República, s/n. 33204 Gijón
Teléfonos 985 18 17 20 – 985 18 17 21

Autorizo la realización de la revisión médico-deportiva a mi hijo/a.

Fdo. _____

D.N.I. nº _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Se ruega hacer llegar al Centro Médico de PDM 1-2 días antes de la cita concertada AMaria @gijon.es; EACueto@gijon.es

La información de carácter personal recabada en el presente cuestionario será incorporada a un fichero titularidad de la PATRONATO DEPORTIVO MUNICIPAL DE GIJÓN cuya finalidad es la realización del correspondiente reconocimiento médico deportivo, así como – en su caso – la de estudios estadísticos y epidemiológicos. Si desea ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, y en su caso, oposición, puede hacerlo enviando una solicitud por escrito, acompañada de una fotocopia de su D.N.I., Patronato Deportivo Municipal, Centro Municipal de El Coto, Plaza de la República, s/n. 33204 Gijón

HISTORIA MÉDICA(*)

Marca la opción que corresponda con tus antecedentes.

Rodea con un círculo las preguntas que no entiendas y explica aquellas a las que contestes afirmativamente en el espacio reservado al final.

ANTECEDENTES PERSONALES FISIOLÓGICOS		SI	NO
1. Embarazo normal			
2. parto normal			
cesárea			
3.nacido a término (9 meses de embarazo)			
4. caminó entre los 9 y 15 meses			
5. dejo de usar los pañales a los _____ años			
6. Escolaridad normal			
7. vivienda rural			
urbana			
casa			
piso			
8. vacunas			
• BCG			
• Sabin			
• Triple (DTP)			
• Doble(DT)			
• Antitetánica			
• Antisarampionosa			
• Triple vírica			
• Varicela			
• HIB			
• Anti-hepatitis A			
• Anti-hepatitis-B			
• Papiloma			
• Otras (anotar nombre y cantidad dosis)			
Anotar si alguna vacuno no se completó			
ANTECEDENTES PERSONALES, PATOLÓGICOS, ENFERMEDADES PADECIDAS			
ENFERMEDADES DE LA INFANCIA		SI	NO
Sarampión			
Rubeola			
Varicela			
Paperas			
Escarlatina			
Hepatitis			
Fiebre reumática			
Glomerulonefritis			
Meningitis			
Otras, especificar			
ENFERMEDADES CRÓNICAS		SI	NO
Enfermedades renales			
Enfermedades de la sangre			
Enfermedades reumáticas			
Lupus eritematoso			
Obesidad			
Obesidad			
Sinusitis			
Otitis de repetición			
Bronquitis de repetición			
Neumonía			

Derrame pleural		
Neumotórax		
Diarrea crónica		
gastritis		
Úlceras		
Parásitos		
Otras, especificar		
ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	SI	NO
1. ¿Has padecido alguna enfermedad o lesión desde el último reconocimiento médico?		
2. ¿Padeces alguna enfermedad actual o crónica?		
3. ¿Has permanecido hospitalizado más de 1 día en alguna ocasión?		
4. ¿Te han realizado alguna intervención quirúrgica?		
5. ¿Te han hecho alguna transfusión de sangre?		
6. ¿Tomas actualmente algún medicamento, pastillas o utilizas algún inhalador?		
7. ¿Has tomado en alguna ocasión suplementos o vitaminas para ganar o perder peso o mejorar tú rendimiento?		
8. ¿Eres alérgico (al polen, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos)?		
9. ¿Has tenido alguna erupción cutánea ("ronchas", etc.) durante o después del ejercicio?		
10. ¿Has perdido el conocimiento durante o después del ejercicio en alguna ocasión?		
11. ¿Te has sentido mareado durante o después del ejercicio en alguna ocasión?		
12. ¿Has sentido dolor en el pecho durante o después del ejercicio en alguna ocasión?		
13. ¿Te cansas más rápidamente que tus compañeros cuando haces ejercicio?		
14. ¿Alguna vez has notado que el corazón se acelere más de la cuenta o que falle algún latido?		
15. ¿Has tenido la tensión arterial elevada o el colesterol alto o diabetes o anemia?		
16. ¿Alguna vez te han dicho que tuvieras un soplo de corazón?		
17. ¿Algún miembro de tú familia ha fallecido por problemas de corazón o de forma súbita?		
18. ¿Algún miembro de tu familia ha padecido alguna enfermedad del corazón antes de los 50 años?		
19. ¿Algún miembro de tu familia ha padecido algún ictus, embolia o trombosis?		
20. ¿Algún miembro de tu familia tiene o ha tenido alta la tensión arterial alta?		
21. ¿Algún miembro de tu familia tiene o ha tenido de forma inexplicable desmayos o convulsiones?		
22. ¿Algún miembro de tu familia tiene o ha tenido diabetes (azúcar o glucosa en sangre alta, colesterol alto, u otras alteraciones en los análisis de sangre)?		
23. ¿Has padecido alguna infección viral importante como pericarditis, miocarditis, mononucleosis, u otras similares?		
24. ¿Algún médico te ha prohibido ó limitado la práctica deportiva por algún problema?		
25. ¿Tienes algún problema de piel en la actualidad (picor, erupción, verrugas, hongos, ampollas, etc.)?		
26. ¿Has sufrido alguna conmoción o lesión en la cabeza?		
27. ¿En alguna ocasión has perdido el conocimiento y/o la memoria?		
28. ¿Has tenido algún episodio de convulsiones?		
29. ¿Padeces dolores de cabezas frecuentes y/o intensos?		
30. ¿Has tenido alguna vez sensación de adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazo en brazos o piernas?		
31. ¿Has tenido algún problema por realizar ejercicio en ambiente caluroso?		
32. ¿Has notado tos, pitos ó problemas para respirar durante o después del ejercicio en alguna ocasión?		
33. ¿Padeces o has padecido asma?		

34. ¿Sufres o has sufrido alergia estacional que requiera tratamiento médico?			
35. ¿Tienes o has tenido algún problema de visión?			
36. ¿Utilizas o has utilizado gafas o lentillas?			
37. ¿Tienes o has tenido problemas dentales como mal oclusión, caries, u otro? ¿Usas prótesis u ortodoncia?			
38. ¿Tienes o has tenido problemas de audición?			
39. ¿Tienes o has tenido problemas para dormir, ansiedad, o algún problema psicológico?			
40. ¿Crees que tu alimentación es adecuada?			
41. ¿Te gustaría pesar más o menos de lo que pesas en la actualidad?			
42. ¿Consumes tabaco, alcohol y/o alguna droga habitualmente?			
LESIONES	SI	NO	
43. ¿Has tenido alguna torcedura (esguince), lesión muscular o hinchazón tras una lesión?			
44. ¿Has tenido alguna fractura ósea o luxación articular?			
45. ¿Has tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones?			
46. ¿tienes o has tenido problemas en la columna (escoliosis, hiperlordosis,...)?			
47. ¿has tenido o tienes problemas con los pies (plano, cavo, valgo...)?			
48. ¿Utilizas o has utilizado algún tipo de protección o corrección ortopédica distinta de la habitual en tú deporte?			
<i>Si has contestado SI a alguna de las cuestiones anteriores, marca la casilla correspondiente a la zona lesionada y detállalo al final.</i>			
Cabeza	Cuello	Espalda	Pecho
Hombro	Brazo	Codo	Antebrazo
Muñeca	Mano	Cadera	Muslo
Rodilla	Pierna	Tobillo	Pie
SOLO PARA LAS MUJERES	SI	NO	
49. ¿Tienes la regla?			
50. ¿Tus reglas son regulares?			
51. ¿Has tenido alguna falta en la regla de más de 3 meses u otra alteración menstrual?			
52. ¿Tienes dolores menstruales que precisen tratamiento?			
53. ¿Tienes dolores o bulto en el pecho?			
52. ¿Usas algún método anticonceptivo?			
54. ¿Has tenido algún embarazo?			
55. ¿A qué edad tuviste la primera regla?: __			
MEDICACIONES ACTUALES			

Explica detalladamente aquellas preguntas a las que hayas contestado afirmativamente, si no tienes suficiente espacio, puedes seguir al dorso:

ANTECEDENTES FAMILIARES PREVENCIÓN MUERTE SÚBITA	SI	NO
1. ¿Algún miembro de tu familia ha fallecido de forma repentina, inesperada e inexplicable antes de los 50 años? (Incluido Muerte Súbita infantil, accidente de coche, caídas...)		
Algún familiar padece o ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades	SI	NO
2. Aumento del tamaño del corazón:		
Miocardiopatía hipertrófica		
Miocardiopatía dilatada		
3. Alteraciones del ritmo cardiaco		
Síndrome del QT largo		
Síndrome del QT corto		
Síndrome de Brugada		
Taquicardia ventricular catecolaminérgica		
Miocardiopatía arritmogénica ventricular derecha		
3. Síndrome de Marfan (rotura aortica)		
4. Infarto antes de los 50 años de edad		
5. Implante de marcapasos o desfibrilador		
6. Sordera al nacer (sordera congénita)		

ATLETAS CON NECESIDADES ESPECIALES: CUESTIONARIO SUPLEMENTARIO

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de la discapacidad/minusvalía		
3. Clasificación(si la conoce)		
4. causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente/trauma, otra)		
5. lista de deportes en los que está interesado en participar		
	SI	No
6. ¿Habitualmente usa vendajes, dispositivos especiales, ortésis o prótesis?		
7. ¿usa algún vendaje o dispositivos especiales para practicar deporte?		
8. ¿tiene alguna erupción, escara de presión o algún otro problema en la piel?		
9. ¿tiene alguna deficiencia auditiva? ¿usa audífonos?		
10. ¿tiene alguna deficiencia visual?		
11. ¿usa algún dispositivo especial para la función intestinal o vesical?		
12. ¿tiene ardor a malestar cuando orina?		
13. ¿ha tenido disreflexia autonómica?		
14. ¿alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad en relación con el calor?(hipertermia)		
15. ¿tiene espasticidad muscular?		
16. ¿tiene frecuentemente convulsiones que no son controladas con la medicación?		

Explique aquí sus respuestas afirmativas

Por favor indique si ha presentado alguna de las siguientes patologías.

	SI	NO
Inestabilidad-atlantoaxial		
Evaluación radiológica por inestabilidad atlantoaxial		
Luxaciones articulares (más de una)		
Fácil sangrado		
Bazo agrandado		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultades para control intestinal, incontinencia fecal		
Dificultades para control urinaria, incontinencia urinaria		
Entumecimiento u hormigueo de brazos y/o manos		
Entumecimiento u hormigueo de piernas y/o pies		
Debilidad de brazos o manos		
Debilidad en piernas o pies		
Cambios recientes de la coordinación		
Cambios recientes en la destreza para caminar		
Espina bífida		
Alergia al látex		

Explique aquí las respuestas afirmativas.

Por la presente declaro, que según mis conocimientos mis respuestas son correctas y completas.

CONSENTIMIENTO FIRMADO(*)

D⁽¹⁾ _____

AUTORIZO a que se lleven a cabo las pruebas médicas que sean necesarias para mi valoración médica y de la adecuada adaptación a la práctica deportiva. Los datos médicos recabados tendrán un carácter estrictamente confidencial, en virtud del artículo 5 de la Ley 15/99 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

(2) Firmado:

(1) Si se trata de un menor de edad o persona incapacitada, firmará su Padre, Madre, Tutor o Representante Legal, indicando en (1) el nombre del deportista y en (2) el nombre del firmante.



Proyecto ALPHA

Cuestionario sobre percepciones del entorno, transporte activo y actividad física. (*)

Nos gustaría conocer qué opinas sobre el lugar donde vives. Por favor, responde con la mayor sinceridad y usando una sola respuesta para cada pregunta y piensa que aquí no hay respuestas correctas o incorrectas. La información recogida en este cuestionario será tratada de manera confidencial.

1. ¿Cuál es el tipo de vivienda más frecuente en la zona donde vives?

Marca con un círculo la respuesta adecuada.

*La **zona donde vives** es la zona es la que se encuentra en torno a tu casa y que puedes recorrer andando en 10-15 minutos, lo que representa 1-2 km a la redonda*

	Ninguno	Pocos	La mitad	La mayoría	Todos
a) Chalets, casas individuales					
b) Casas adosadas					
c) Bloques de pisos					

2. Distancias que recorres

¿Cuánto tiempo tardas en llegar **ANDANDO** desde tu casa a los lugares más cercanos que se indican?

Marca la respuesta con un ✓

Lo más cercano:	1-5 min	6-10 min	11-20 min	21-30 min	Más de 30 min
a) Tiendas locales (comestibles, panadería, peluquería, farmacia...)					
b) Supermercado					
c) Servicios locales (banco, correos...)					
d) Bar, cafés, restaurantes...					
e) Restaurante o tienda de comida rápida					
f) Parada de transporte público (autobús, metro, tranvía...)					
g) Instalaciones deportivas (polideportivo, gimnasio, piscina...)					
h) Áreas recreativas al aire libre (parques, playa...)					

3. Lugares por donde salir a caminar o montar en bicicleta

Marca la respuesta con un círculo.

Para salir a andar o a montar en bicicleta, en la zona donde vives hay...	Nada cierto	Algo de cierto	Bastante cierto	Muy cierto
a) Aceras para caminar	1	2	3	4
b) Zonas para los peatones y rutas para caminar	1	2	3	4
c) Carriles, rutas o senderos adecuados y señalizados para salir en bici	1	2	3	4
d) Rutas para salir en bici separados del tráfico	1	2	3	4

4. Estado de las infraestructuras para caminar e ir en bicicleta

Marca la respuesta con un círculo.

En la zona donde vives:	Nada cierto	Algo de cierto	Bastante cierto	Muy cierto	No se aplica
a) Las zonas para caminar y el/los carriles de bici están en buen estado	1	2	3	4	5
b) Los carriles bici están en buen estado	1	2	3	4	5
c) Las instalaciones públicas de recreo, parques u otros espacios abiertos están en buen estado	1	2	3	4	5

5. Seguridad del barrio

Por favor, marca la respuesta con un círculo.

Nivel de seguridad donde vivo. Estoy de acuerdo en que...	Nada cierto	Algo de cierto	Bastante cierto	Muy cierto
a) No es seguro dejar la bicicleta en la calle ni siquiera atada	1	2	3	4
b) No puedo <u>cruzar</u> de manera segura por calles muy transitadas	1	2	3	4
c) Salir a andar no es seguro debido al <u>tráfico</u>	1	2	3	4
d) Ir en bici no es seguro y debido al <u>tráfico</u>	1	2	3	4
e) No me siento seguro en mi barrio <u>durante el día</u> debido al alto índice de delitos	1	2	3	4
f) No me siento seguro en mi barrio <u>durante la noche</u> debido al alto índice de delitos	1	2	3	4

6. ¿Es agradable la zona donde vives para salir a pasear o ir en bicicleta?

Marca la respuesta con un círculo.

La zona donde vivo:	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
a) Tiene un ambiente agradable para caminar e ir en bicicleta	1	2	3	4
	Ninguno	Unos pocos	Bastantes	Muchos
b) Los edificios están limpio y sin pintadas (grafiti)	1	2	3	4
c) Hay bastantes árboles en las calles	1	2	3	4
d) Hay edificios mal mantenidos, vacíos o feos	1	2	3	4

7. Red de comunicación para salir a caminar e ir en bicicleta

Marca la respuesta con un círculo.

En la zona donde vives	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
a) Hay muchas rutas/atajos para caminar	1	2	3	4
b) Resulta más rápido ir en bicicleta que en coche	1	2	3	4
c) Hay muchas intersecciones	1	2	3	4
d) Hay distintas formas de llegar al mismo sitio (no hay que ir siempre por el mismo camino)	1	2	3	4

8. Actividad en el hogar

	<i>Por favor señala Si o No [✓]</i>	
	Sí	No
a) ¿Tienes bicicleta?		
b) ¿Tienes jardín (huerto, patio...)?		
c) ¿Tienes material deportivo pequeño como un balón, raquetas...?		
d) ¿Tienes material para hacer ejercicio como pesas, tapiz rodante, bicicleta estática...?		
e) ¿Tienes coche?		
f) ¿Tienes perro?		

9. Actividad en tú lugar de trabajo o estudio

A. ¿Qué distancia tienes que desplazarte para llegar a tú lugar de trabajo o estudio?

No trabajo o estudio → Omitir parte B

Normalmente trabajo en casa o desde casa → Omitir parte B

La distancia a mi trabajo o centro de estudio es de _____ kilómetros

B. ¿Hay en tu lugar de trabajo o estudio...?

	Señala una sola opción [✓]	
	Sí	No
a) ...escaleras mecánicas o ascensores		
b) ...escaleras		
c) ...gimnasio/equipamiento deportivo		
d) ...bicicletas		
e) ...un lugar seguro para dejar la bicicleta		
f) ...espacio suficiente para aparcar		
g) ... duchas y vestuarios		
h) ...facilidades para hacer ejercicio (p.ej. clases de aeróbic)		
i) ...club/asociaciones deportivas (p.ej. club de atletismo)		
j) ...subvención para el transporte público o facilidades por ir andando o en bicicleta		