

HOJA MÉDICA

Con motivo del reconocimiento médico-deportivo que se va a realizar es necesario conocer algunos antecedentes y las posibles enfermedades que hayan padecido tanto usted como sus familiares directos. Por favor, rellenen ésta encuesta en letras mayúsculas.

(*) **Datos que se deben rellenar de forma imprescindible**

Datos Personales	
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	

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

Datos deportivos/ actividad física	
Actividad física que realiza (*)	
Horas de práctica al día(*)	
Días de práctica a la semana(*)	
Años que lo practica(*)	
Otros datos	
Horas que duerme x día(*) incluir siesta	
Horas de televisión 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/tareas del hogar al día	

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

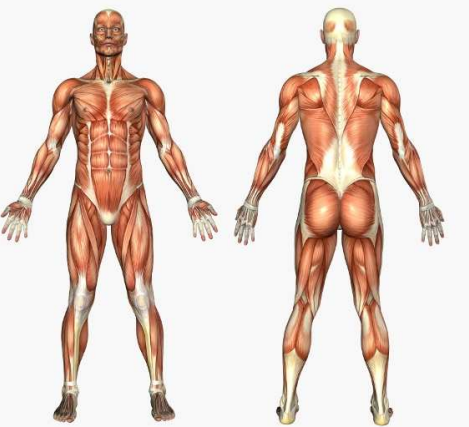
	Abuelos	Padre	Madre	Hermanos
Diabetes				
Hipertensión				
Problemas cardíacos				
Alergias				
Asma				
Colesterol				
Cáncer				

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.

ENFERMEDADES	SI	NO
1. ¿Ha padecido alguna enfermedad o lesión desde el último reconocimiento médico?		
2. ¿Padece alguna enfermedad actual o crónica?		
3. ¿Ha permanecido hospitalizado más de 1 día en alguna ocasión?		
4. ¿Le han realizado alguna intervención quirúrgica?		
5. ¿Le han hecho alguna transfusión de sangre?		
6. ¿Toma actualmente algún medicamento, pastillas o utilizas algún inhalador?		
7. ¿Es alérgico (al polen, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos)?		
8. ¿Ha tenido alguna erupción cutánea ("ronchas", etc.) durante o después del ejercicio?		
9. ¿Ha perdido el conocimiento durante o después del ejercicio o en alguna ocasión?		
10. ¿Se has sentido mareado durante o después del ejercicio o en alguna ocasión?		
11. ¿Ha sentido dolor en el pecho durante o después del ejercicio o en alguna ocasión?		
12. ¿Se cansas más rápidamente que tus compañeros cuando haces ejercicio?		
13. ¿Alguna vez ha notado que el corazón se acelere más de la cuenta o que falle algún latido?		
14. ¿Ha tenido la tensión arterial elevada o el colesterol alto o diabetes o anemia?		
15. ¿Alguna vez le han dicho que tuvieras un soplo de corazón?		
16. ¿Algún miembro de su familia ha fallecido por problemas de corazón o de forma súbita?		
17. ¿Algún miembro de su familia ha padecido alguna enfermedad del corazón antes de los 50 años?		
18. ¿Algún miembro de su familia ha padecido algún ictus, embolia o trombosis?		
19. ¿Algún miembro de su familia tiene o ha tenido alta la tensión arterial alta?		
20. ¿Algún miembro de su familia tiene o ha tenido diabetes (azúcar o glucosa en sangre alta, colesterol alto, u otras alteraciones en los análisis de sangre)?		
21. ¿Ha padecido alguna infección viral importante como pericarditis, miocarditis, mononucleosis, u otras similares?		
22. ¿Algún médico te ha prohibido ó limitado la práctica de actividad física por algún problema?		

23. ¿Tiene algún problema de piel en la actualidad (picor, erupción, verrugas, hongos, ampollas, etc.)?																		
24. ¿Ha sufrido alguna conmoción o lesión en la cabeza?																		
25. ¿En alguna ocasión ha perdido el conocimiento y/o la memoria?																		
26. ¿Ha tenido algún episodio de convulsiones?																		
27. ¿Padece dolores de cabezas frecuentes y/o intensos?																		
28. ¿Ha tenido alguna vez sensación de adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazo en brazos o piernas?																		
29. ¿Ha tenido algún problema por realizar ejercicio en ambiente caluroso?																		
30. ¿Ha notado tos, pitos ó problemas para respirar durante o después del ejercicio en alguna ocasión?																		
31. ¿Padece o ha padecido asma?																		
32. ¿Sufre o ha sufrido alergia estacional que requiera tratamiento médico?																		
33. ¿Tiene o ha tenido algún problema de visión?																		
34. ¿Utiliza o ha utilizado gafas o lentillas?																		
35. ¿Tiene o ha tenido problemas dentales como mal oclusión, caries, u otro?																		
36. ¿Tiene o ha tenido problemas de audición?																		
37. ¿Tiene o ha tenido problemas para dormir, ansiedad, o algún problema psicológico?																		
38. ¿Cree que su alimentación es adecuada?																		
39. ¿Consumo tabaco, alcohol y/o alguna droga habitualmente?																		
APARATO LOCOMOTOR	SI	NO																
40. ¿Ha tenido alguna torcedura (esguince), lesión muscular o hinchazón tras una lesión?																		
41. ¿Ha tenido alguna fractura ósea o luxación articular?																		
42. ¿Has tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones? ¿Artrosis, reuma, prótesis?																		
<p><i>Si has contestado SI a alguna de las 4 cuestiones anteriores, marca la casilla correspondiente a la zona lesionada y detállalo al final.</i></p> <table border="0"> <tr> <td>Cabeza</td> <td>Cuello</td> <td>Espalda</td> <td>Pecho</td> </tr> <tr> <td>Hombro</td> <td>Brazo</td> <td>Codo</td> <td>Antebrazo</td> </tr> <tr> <td>Muñeca</td> <td>Mano</td> <td>Cadera</td> <td>Muslo</td> </tr> <tr> <td>Rodilla</td> <td>Pierna</td> <td>Tobillo</td> <td>Pie</td> </tr> </table>			Cabeza	Cuello	Espalda	Pecho	Hombro	Brazo	Codo	Antebrazo	Muñeca	Mano	Cadera	Muslo	Rodilla	Pierna	Tobillo	Pie
Cabeza	Cuello	Espalda	Pecho															
Hombro	Brazo	Codo	Antebrazo															
Muñeca	Mano	Cadera	Muslo															
Rodilla	Pierna	Tobillo	Pie															
																		
SOLO PARA LAS MUJERES	SI	NO																
44. ¿Has tenido algún embarazo?																		
45. ¿Tienes dolores o bulto en el pecho?																		
46. ¿A qué edad tuviste la primera y última regla?:																		
47. si la respuesta 46 ha sido afirmativa indique número de hijos y tipos de parto																		

TRATAMIENTOS/ MEDICACIONES ACTUALES Y/O CRÓNICAS (aporte si es posible informes médicos)

Explique detalladamente aquellas preguntas a las que haya contestado afirmativamente

Asimismo indique las **ENFERMEDADES, OPERACIONES, ALERGIAS, FRACTURAS O LESIONES** que haya padecido desde su nacimiento, o cualquier otro dato medico que consideren de interés

Fecha	Descripción	Duración	Secuelas

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.

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

(2) Firmado:

Deporte

gijón

Ayuntamiento