

FICHA DEPORTISTA

El deportista debe ir en PANTALÓN CORTO y ZAPATILLAS DEPORTIVAS y, en caso, de necesitar gafas llevarlas consigo. Si es CHICA debe llevar SUJETADOR DEPORTIVO; deberán descalzarse en el momento del reconocimiento y quedarse sin calcetines.



Salud y Deporte

1. DATOS PERSONALES

Temporada: 24/25

RELLENAR EN MAYÚSCULA

PONER UN ASPA EN LA OPCIÓN ELEGIDA (X)

Apellidos Nombre Sexo Varón Mujer

DNI Fecha de nacimiento

Provincia y país de nacimiento

Club Deporte Ej. (Fútbol)

Categoría Posición de juego/Modalidad Ej. (Lateral, defensa, velocista, etc.)

Ej. (alevin, infantil, etc.)

Email Teléfono

Pierna dominante D I Brazo dominante D I Número de pie

HISTORIA MÉDICA

- Enfermedades del corazón en familiares menores de 50 años: No Muerte subita Arritmia Infarto Hipertrofia ¿Quién? _____
- Enfermedades que padeces o has padecido: Soplo Epilepsia Cáncer Diabetes Enfermedades del corazón: Hipertensión Otras ¿cuál? _____
- ¿Durante la práctica de ejercicio has sentido alguno de estos síntomas? Dolor de pecho Dificultad para respirar Palpitaciones Pérdida de conocimiento
- ¿Te han operado, de qué y en qué año? Año: _____ Amígdalas Vegetaciones Apendicitis Hernia Menisco Ligamentos Otra _____
- Alergias o intolerancias: _____
- ¿Toma de alguna medicación de forma habitual? No Sí ¿Cuál? _____
- Enfermedades en familiares reseñables:
Padre: Hipertensión Diabetes Cáncer Otra _____
Madre: Hipertensión Diabetes Cáncer Otra _____
Hermanos: Hipertensión Diabetes Cáncer Otra _____
- Lesiones:
Rotura de ligamentos _____ ¿Dónde? _____
Fracturas / Menisco _____ ¿Dónde? _____
Otras _____ ¿Dónde? _____
- ¿Fumas o vapeas? Sí No Ocasionalmente
- ¿Bebes alcohol? Sí No Ocasionalmente
- ¿Utiliza plantillas en los pies? No Sí ¿Por qué? Pies planos Pies cavos Taloneras Alza Otros
- ¿Utiliza gafas? No Sí ¿Por qué? Miopía Hipermetropía Astigmatismo Estrabismo Presbicia
- ¿Lentillas? No Sí
- ¿Utiliza ortodoncia/férula bucal? No Sí
- Horas de práctica de deporte semanal: Menos de 4h Entre 4 a 6 h Más de 6h
- Otros: _____

En el caso de que el deportista sea menor de 16 años, completar con los datos del padre, madre o tutor:

Nombre Padre/Madre/Tutor DNI

"Información a efectos del RGPD 2016/679 y la L.O. 3/2018 de Protección de Datos Personales. RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO: SPOTSALUS, S.L. - B-67635284, C/ Pérez Galdos, 16. 38002 Santa Cruz de Tenerife. Mail: canarias@masqsano.es. FINALIDAD PRINCIPAL: Mantener relaciones profesionales y/o comerciales. FINALIDAD SECUNDARIA: Publicidad o prospección comercial. LEGITIMACIÓN: Consentimiento del interesado/- nuestra relación comercial/interés legítimo de la organización. DESTINATARIOS: No se cederán datos a terceros, salvo autorización expresa u obligación legal. Podrán comunicarse sus datos a determinados encargados de tratamiento. PLAZOS DE CONSERVACIÓN: Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. DERECHOS DE LOS TITULARES: Acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, así como a obtener información clara y transparente sobre el tratamiento de sus datos. Puede ejercitarlos enviando un correo electrónico junto con copia de su DNI o documento de identificación."

Si quiere que le enviemos información comercial o publicidad acerca de nuestros servicios o tratamientos de terceros que puedan ser de su interés, por favor, marque la casilla.

Firma del deportista o, en su caso, del Padre/Madre/Tutor legal:

A RELLENAR POR EL MÉDICO

Fecha: _____

Resultado:
 No apto
 Pendiente _____
 Apto condicionado a _____

2. DATOS MÉDICOS

ANTROPOMETRÍA

Raza Blanca Negra Asiática

Talla cm. Talla sentado cm. Peso Kg.

Envergadura cm. Perímetro de cintura cm. Perímetro de cadera cm.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración ocular Agudeza visual limitada OD OI Estrabismo No se hace
Utiliza gafas/lentes: Las lleva puestas No las lleva puestas

Exploración neurológica

Exploración oídos Tapones de cerumen OD OI

Exploración orofaríngea Férula paladar Caries Falta de piezas Prótesis dentarias
 Ortodoncia Retenedor Alteración oclusión dental Empaste

Cuello Tiromegalia Adenopatías Patológicas Soplo carotídeo

Columna Cifótica Dorsal Hiperlordótica Lumbar

Hombro descendido D I **Giba** Derecha Izquierda

Exploración de Extremidades superiores: Balance articular completo No Sí B.M.C No Sí

Hombros Codos Muñecas

Manos Dedos

Inspección torácica Excavatum Carinatum Asimetría Pezones Hundimiento costal Ginecomastia

Exploración cardio-respiratoria básica Soplo funcional Soplo a estudio Arritmia Sibilantes aislados

Exploración abdominal Hernia

Exploración cutánea Tatuajes Nevus a estudio Cicatriz Máculas

Exploración de Extremidades inferiores: Balance articular completo No Sí B.M.C No Sí

Caderas REL RIL Báscula pélvica | **Rodillas** Varo Valgo Recurvatum Flexo Cepillo

Tobillo Varo Valgo fisio Valgo patológico | **Pies** Neutro Cavo Plano rígido Plano flexible
 Dismetria MMII

Dedos Hallux rígidus Hiperqueratosis En garra | **Uñas** Hemorragia Onicomicosis Encarnada
 Pápilomas Hallux Valgus | **Otros**

MONITORIZACIÓN CARDIOVASCULAR

Presión arterial mmHg. Frecuencia reposo lpm. Saturación %

OBSERVACIONES

DERIVACIONES al Ortopedia Psicopedagogía Farmacia Pruebas RX Cutánea Podología
 Trauma Cardio Ocular Físio Dentista

EJERCICIOS PREVENTIVOS PARA MEJORAR

Cadera Rodilla Tobillo Pie Cuello Columna Hombros Codo Muñeca y dedos
 Foam Core