

**DATOS DE FILIACION – ANEXO I**

Apellidos: .....

Nombre:..... Fecha: .....

Fecha nacimiento: ..... Sexo (M/F): ..... Peso: ..... Talla (cm):.....

Deporte/Modalidad: ..... Federación: TRIATLÓN .....

Domicilio:

Calle: ..... Nº:..... Piso: .....Pta: .....

CP: ..... Ciudad: .....

Tel móvil: ..... Tel fijo: ..... Email: .....

---

En Cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal el usuario declara haber sido informado de las condiciones de protección de datos de carácter personal, aceptando y consintiendo el tratamiento automatizado de los mismos por parte de la Federación de Triatlón de la C. Valenciana con C.I.F. G-96208814 con la finalidad de mantenerle informado acerca de los productos y servicios comercializados por la mercantil.

Si Vd. quiere ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición puede hacerlo solicitándolo por escrito en nuestras oficinas de la calle Ricardo Micó, 5 de Valencia y adjuntando una fotocopia de su DNI.

## CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION

### ANEXO II

Lea detenidamente las preguntas y marque la casilla correspondiente caso de contestar afirmativamente:

#### ANTECEDENTES FAMILIARES:

- ¿Algún miembro de su familia ha fallecido por problemas de corazón o de forma repentina antes de los 50 años?
- ¿A algún miembro su familia se le ha diagnosticado un problema en el corazón, arritmia, corazón grande, infarto, síndrome de Marfan?
- ¿Sus padres o hermanos tienen alguna enfermedad cardiovascular que comenzara a manifestarse antes de los 55 años en los hombres o de los 65 en mujeres?

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

- ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad cardiaca?
- ¿Le han dicho que tiene un soplo en el corazón?
- ¿Ha tenido dolor en el pecho sobre todo cuando hace ejercicio o después de él?
- ¿Ha desarrollado usted un dolor en el pecho a lo largo del mes pasado aun sin relación al ejercicio?
- ¿Nota que a menudo se le acelera el corazón o tiene palpitaciones?
- ¿Le han dicho que tiene la tensión arterial alta (mayor de 140/90) más de una vez?
- ¿Le ha recomendado un médico alguna vez medicación para su tensión arterial o por un problema cardiaco?
- ¿Se ha mareado durante la práctica de ejercicio físico o después de él?
- ¿Ha perdido el conocimiento durante la práctica de ejercicio o después de él?
- ¿Se cansa antes que sus compañeros cuando hace ejercicio?
- ¿Ha tenido un accidente vascular cerebral?
- ¿Padece alguna enfermedad respiratoria (asma, bronquitis crónica,...)?
- ¿Ha sentido sensación de falta de aire en reposo o mientras realizaba ejercicio?
- ¿Siente dificultad al respirar?
- ¿Se le han hinchado los dos tobillos sin que tuviera golpes o torceduras que pudieran explicarlo?
- ¿Tiene algún tipo de alergia (polen, polvo, fármacos, alimentos, insectos,...)?
- En caso de ser mujer, ¿sabe si está embarazada o puede estarlo?
- ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos?
- ¿Fuma habitualmente o ha dejado de fumar hace menos de 6 meses?

- ¿Le han dicho que tiene alteraciones del colesterol (colesterol total mayor de 200 mg/dl o colesterol-HDL inferior a 35 mg/dl)?
- ¿Es diabético?
- ¿Tiene usted algún problema en los huesos o las articulaciones que pudiera agravarse con la actividad física?
- ¿Ha estado hospitalizado alguna vez?
- ¿Está tomando actualmente alguna medicación?
- Ya sea por su propia experiencia o por consejo médico, ¿Es usted conocedor de alguna otra razón física que le prohíba efectuar ejercicio sin supervisión médica?

NOTA: La persona que debe pasar la revisión se hace responsable de la veracidad de los datos declarados, los cuales son absolutamente confidenciales. Si la persona tiene menos de 18 años de edad, rellenará el cuestionario el padre o la madre; o en su defecto, el familiar más próximo o el tutor legal del menor.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

El firmante del presente documento autoriza a que los datos recogidos en la revisión médica se incorporen a un registro informatizado titularidad de XXXX, así como su utilización, cuando sea conveniente por parte del personal facultativo. 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.

### DETERMINACION DEL NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA – ANEXO III

Marque la casilla correspondiente en caso afirmativo

Durante los últimos 6 meses, se puede considerar que no ha realizado actividad física alguna? (incluidas actividades físicas consideradas ligeras).

¿Se puede considerar su nivel de actividad física actual o futuro como de tipo ligero? (pasear, actividades domésticas, billar, pesca, dardos, etc.).

¿Se puede considerar su nivel de actividad física actual o futuro como de tipo moderado? (andar, baile, golf, juegos, tenis de mesa, etc.)

¿Se puede considerar su nivel de actividad física actual o futuro como de tipo intenso? (correr a cualquier intensidad, práctica de deporte individual o en equipo, etc.)

El sujeto deberá contestar afirmativamente a alguna de las preguntas

#### **Estratificación de la actividad física que se intenta desarrollar:**

Intensidad baja: 1,8 a 2,9 METS.

Intensidad moderada: 3 a 6 METS

Intensidad alta: > 6 METS

## REVISION MÉDICA – ANEXO IV

1- Repaso con el deportista de los antecedentes familiares y personales a partir de la hoja de antecedentes rellena da:

- Historia personal (preferiblemente verificada por los padres en niños y adolescentes):
- Historia familiar (preferiblemente verificada por los padres en niños y adolescentes)

2-Exploración física:

3-Peso

4-Talla

5-ECG de reposo

6-Encuesta sobre Perfil de Riesgo para personas > 34 años (ANEXO II)

7-Emisión de informe (según Anexo V)