



FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO PARA ATLETAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Este formulario debe ser completado por el médico personal del atleta y entregado en el momento de la clasificación. Es de aplicación para todos los atletas con discapacidad física que compitan en deportes IPC. Dependiendo de la condición física y discapacidad del atleta, se adjuntará información adicional médica a este formulario (ver página 2)

Información del Atleta

Apellidos: _____

Nombre: _____

DNI: _____ Federación Autonómica: _____

Género: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

Deportes: _____

Años/meses compitiendo en el deporte a nivel nacional: _____

Información Médica

Descripción del diagnóstico médico del atleta y la pérdida de funciones o salud, que conllevan como resultado:

El estado de salud es: Degenerativo Estable

Historial médico:

La condición de salud es: Adquirida Congénita

Si es adquirida, edad de comienzo: _____

Procedimiento futuro anticipado(s): _____

Medicación / Tratamiento:

Adjuntos

La condición de salud del atleta, tal y como se indica en este formulario, y la discapacidad resultante debe explicar la pérdida de funcionalidad exhibida por el atleta durante la evaluación de atleta. Si no, no podrá ser ubicado en una clase deportiva por el Panel de Clasificación, tal y como estipula la "Normativa de Clasificación Deportiva IPC".



Por lo tanto, documentación relevante, reciente y adicional debe ser adjuntada a este formulario si el atleta tiene:

- Discapacidad o diagnóstico que no puede ser comprobado por signos claros o síntomas.
- Una condición de salud extraña o compleja, o múltiples discapacidades.
- Deficiencia de un miembro (amputación o dismelia) a nivel articular de tobillo, rodilla, muñeca o codo (se deben adjuntar radiografías de las articulaciones).
- Lesión medular o de columna (se deben adjuntar informes recientes de la escala ASIA).
- Una discapacidad relacionada con la coordinación como ataxia, atetosis o hipertonia (puntuación de la Escala de Ashworth Modificada debe ser adjuntada).

Los informes adicionales de test de físicos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud serán bienvenidos, cuando sean relevantes para complementar la información del diagnóstico médico.

El responsable de clasificaciones de la FETRI y el Panel de Clasificación podrán solicitar más información y documentación, dependiendo de la condición física y discapacidad del atleta.

Confirmando que la información contenida en este formulario es cierta.

Confirmando que el atleta presenta una o más de las siguientes discapacidades elegibles por IPC.

Tipos:

- Pérdida de fuerza muscular
- Pérdida de rango de movimiento
- Deficiencia de un miembro
- Hipertonia
- Atetosis
- Ataxia
- Pérdida de visión

Nombre y Apellidos: _____

Especialidad Médica: _____

Número de Colegiado: _____

Dirección: _____ C.P. _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

En _____, a ____ de _____, de 20____

Firmado: _____