

DATOS DE FILIACION – ANEXO I

Apellidos: Nombre: Fecha:
Fecha nacimiento: Sexo (M/F): Peso: Talla (cm):.....
Deporte/Modalidad:..... Federación: TRIATLÓN.....
Domicilio:
Calle: N°:..... Piso: Pta:
CP: Ciudad:
Tel móvil: Tel fijo: Email:

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 cardíaca?
- ¿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 cardíaco?
- ¿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 y apellidos:

DNI: Firma:

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 deberá contestar afirmativamente a alguna de las preguntas

- ¿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.)

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 (en página siguiente)

1. Repaso con el deportista de los antecedentes familiares y personales a partir de la hoja de antecedentes rellenada:
 - 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)

Información Básica de Protección de Datos. Responsable: FEDERACION DE TRIATLON Y DEPORTE COMBINADO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA; Finalidad: prestarle los servicios que nos ha solicitado, atender sus solicitudes de información y enviarle comunicaciones comerciales; Legitimación: Ejecución de contrato, Interés legítimo del responsable o Consentimiento del Interesado. Cesiones: No se cederán sus datos a terceros salvo obligación legal. Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional que puede ejercer en lopd@triatlocv.org. Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en www.triatlocv.org

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA

D/Dña.....

Licenciado en Medicina colegiado en con el número....., con ejercicio profesional en

CERTIFICO: Que con DNI

ha sido sometido/a a una valoración de aptitud médico-deportiva, que incluye¹:

- Antecedentes médicos y deportivos (personales y familiares)
- Exploración cardiorrespiratoria (con auscultación completa, TA y FC, pulsos periféricos.
- Exploración del aparato locomotor.
- ECG en reposo.
- Otras:

Como **resultado**² de las pruebas realizadas se considera al deportista:

- APTO, sin contraindicaciones absolutas para la práctica deportiva.
- APTO con limitaciones³ para la práctica de actividad física y deportiva (se entregará un informe al deportista).
- NO APTO CONDICIONAL a la aportación de evaluación médica ulterior.
- NO APTO, con LIMITACIÓN ABSOLUTA para la práctica deportiva y de competición.
- Notas⁴:

Durante un periodo de tiempo⁵ de 2 temporadas siempre y cuando no aparezcan nuevas circunstancias que modifiquen este criterio y que deberán de ser notificadas por parte del deportista⁶.

Y para que así conste donde convenga, y a instancias de la Federación de Triatlón de la C. Valenciana

En a de de 20.....

Firma del deportista (o representante legal, con DNI) Firma del Médico, nº colegiado y sello

¹ Marcar con cruces las exploraciones realizadas. Marcar pruebas no realizadas puede constituir delito o pena por imprudencia temeraria (artículos 142, 147, 149 y 152 del Código Penal)

² Las opciones son excluyentes.

³ El paciente tiene derecho a un informe médico-deportivo con el resultado de todas las pruebas realizadas en la valoración funcional médica. Se han de hacer constar las conclusiones y consejos para mejorar la salud y la condición física del interesado con el tipo de actividad física permitida y las posibles limitaciones médico-deportivas. Legalmente el informe sólo puede entregarse al paciente o representante legal.

⁴ En los certificados médicos no pueden hacerse constar explícitamente datos patológicos ni personales de los pacientes.

⁵ Se puede especificar un tiempo de validez distinto al señalado por criterio médico

⁶ Vale la firma del deportista, o de su representante legal (en este caso debe hacerse constar también el DNI).

