



CUESTIONARIO DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA

Junto con este cuestionario se deberán aportar informes médicos anteriores que puedan aportar información sobre el estado de salud del deportista.

FILIACIÓN

Nombre:		Apellidos:	
Fecha Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:	
Sexo:	Edad:	NIF o Tarjeta de Residencia:	
Domicilio:			
Localidad:		Código Postal:	
Provincia:		País:	
Teléfono:		Email:	

DATOS DEPORTIVOS

Federación:	Deporte:
Especialidad:	Prueba:
Posición de juego:	Nivel de competición alcanzado:
Categoría:	Años de práctica de este deporte:
Horas dedicación semanal hasta ahora:	Nº de días a la semana de entrenamiento:
Periodo de la temporada:	
Otros deportes o actividades físicas practicadas:	

HISTORIA MÉDICA (Marca la opción que corresponda con tus antecedentes)

ANTECEDENTES	SI	NO	
¿Algún miembro de su familia ha fallecido por problemas de corazón o de forma súbita?			1
¿Sus padres o hermanos han padecido alguna enfermedad cardiovascular antes de los 50 años?			2
¿Tiene más de 45 años (hombre) o de 55 años (mujer)?			3
EN EL RELACIÓN CON EL EJERCICIO			
¿Alguna vez ha notado palpitaciones o que el corazón se acelere más de la cuenta?			4
¿Ha perdido el conocimiento durante o después del ejercicio en alguna ocasión?			5
¿Se ha sentido mareado durante o después del ejercicio en alguna ocasión?			6
¿Ha sentido dolor en el pecho durante o después del ejercicio en alguna ocasión?			7
¿Se cansa más rápidamente que sus compañeros cuando hace ejercicio?			8
¿Ha tenido algún problema por realizar ejercicio en ambiente caluroso?			9
¿Ha tenido alguna erupción cutánea ("ronchas", etc.) durante o después del ejercicio?			10
¿Ha notado tos, pitos o problemas para respirar durante o después del ejercicio en alguna ocasión?			11
¿Algún médico le ha prohibido o limitado la práctica deportiva por algún problema?			12
¿Ha tomado en alguna ocasión suplementos o vitaminas para ganar o perder peso o mejorar su rendimiento?			13
¿Ha dejado de hacer ejercicio físico de forma regular?			14
ENFERMEDADES			
¿Le han diagnosticado alguna enfermedad cardíaca?			15
¿Alguna vez le han dicho que tuviera un soplo de corazón?			16
¿Ha tenido un accidente vascular cerebral?			17

	SI	NO	
¿Ha tenido o tiene la tensión arterial elevada o el colesterol alto o diabetes?			18
¿Ha tenido o tiene anemia o falta de hierro?			19
¿Padece alguna enfermedad actual o crónica?			20
¿Ha tenido o tiene sobrepeso?			21
¿Es alérgico (al polen, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos)?			22
¿Ha padecido alguna infección viral importante (pericarditis, miocarditis, mononucleosis) u otras similares?			23
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad respiratoria (asma, bronquitis crónica)?			24
¿Tiene algún problema de piel en la actualidad (picor, erupción, verrugas, hongos, etc.)?			25
¿Ha sufrido alguna conmoción o lesión en la cabeza?			26
¿En alguna ocasión ha perdido el conocimiento y/o la memoria?			27
¿Padece dolores de cabeza frecuentes y/o intensos?			28
¿Ha tenido algún episodio de convulsiones?			29
¿Ha tenido alguna vez sensación de adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazo en brazos o piernas?			30
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad no reflejada en este cuestionario?			31
¿Ha permanecido hospitalizado más de 1 día en alguna ocasión?			32
¿Le han realizado alguna intervención quirúrgica?			33
¿Le han hecho alguna transfusión de sangre?			34
¿Toma actualmente algún medicamento, pastillas o utiliza algún inhalador?			35
¿Tiene o ha tenido algún problema de visión?			36
¿Utiliza o ha utilizado gafas o lentillas?			37
¿Tiene o ha tenido problemas dentales como maloclusión, caries, u otro?			38
¿Tiene o ha tenido problemas de audición?			39
¿Tiene o ha tenido problemas para dormir, ansiedad, o algún problema psicológico?			40
¿Consume tabaco y/o alcohol habitualmente?			41
LESIONES			
¿Ha tenido alguna lesión en el tobillo?			42
¿Y en la rodilla?			43
¿Ha tenido alguna lesión muscular?			44
¿Ha tenido alguna fractura o luxación articular?			45
¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en tendones o articulaciones?			46
¿Ha sufrido alguna otra lesión?			47
¿Utiliza o ha utilizado algún tipo de protección o corrección ortopédica para el deporte?			48
SOLO PARA LAS MUJERES			
¿Tienes la regla?			49
¿Sus reglas son regulares?			50
¿Ha tenido alguna falta en la regla de más de 3 meses u otra alteración menstrual?			51
¿Tiene dolores menstruales que precisen tratamiento?			52
¿Tiene dolor o bulto en el pecho?			53
¿Toma anticonceptivos?			54
¿A qué edad tuvo la primera regla?: _____			55

Fecha: Nombre: DNI (del tutor en caso de menor de 16 años):	Firma del deportista o tutor (en menores de 16 años):
-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

El firmante del presente documento autoriza a que estos datos y los recogidos en la revisión médica se incorporen a un registro informatizado titularidad del Ayuntamiento de San Javier, con CIF P3003500J y dirección en Plaza de España, 3, 30730, San Javier, Murcia, así como su utilización, cuando sea conveniente, por parte del personal facultativo del Centro de Medicina del Deporte. 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.

OBSERVACIONES (a cumplimentar por el médico que revisa el cuestionario):