



## CUESTIONARIO DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA

(Adjuntar al cuestionario aquellos informes médicos que puedan aportar más información)

### FILIACIÓN

Nombre:	Apellidos:		
Fecha nacimiento:	Sexo (H/M):	DNI/Pasaporte:	
Domicilio:		Población:	
Provincia:	Código Postal:	País:	
Teléfono:	Correo electrónico:		

### DATOS DEPORTIVOS

Deporte principal:	Especialidad:		
Posición de juego:	Años de práctica deportiva:		
Horas de dedicación a la semana:	Días de entrenamiento a la semana:		
Otros deportes practicados:			

### HISTORIA MÉDICA (señala la opción que corresponda)

	SI	NO	
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>			
¿Ha fallecido algún miembro de su familia por problemas de corazón o de forma súbita?			1
¿Han padecido sus padres o hermanos alguna enfermedad cardiovascular antes de los 50 años?			2
<b>EDAD</b>			
¿Es usted un hombre mayor de 45 años o una mujer mayor de 55 años?			3
<b>EN RELACIÓN CON EL EJERCICIO</b>			
¿Ha notado alguna vez palpitaciones o que el corazón se le acelera más de la cuenta?			4
¿Ha perdido el conocimiento alguna vez durante el ejercicio o después del mismo?			5
¿Se ha sentido mareado alguna vez durante el ejercicio o después del mismo?			6
¿Ha sentido dolor en el pecho alguna vez durante el ejercicio o después del mismo?			7
¿Se cansa antes que sus compañeros cuando realiza ejercicio?			8
¿Ha tenido algún problema por realizar ejercicio en ambiente caluroso?			9
¿Ha tenido alguna erupción en la piel ("ronchas", etc.) durante o después del ejercicio?			10
¿Ha tenido tos, "pitos" o dificultad para respirar durante el ejercicio o después del mismo?			11
¿Le ha prohibido algún médico hacer deporte o se lo ha limitado?			12
¿Ha tomado sustancias para ganar peso, perder peso o mejorar su rendimiento?			13
¿Es una persona sedentaria o que no realiza ejercicio con regularidad?			14
<b>ENFERMEDADES</b>			
¿Padece alguna enfermedad del corazón?			15
¿Le han dicho que tiene un "soplo" en el corazón?			16
¿Ha tenido algún accidente vascular cerebral (ictus)?			17
¿Ha tenido la tensión arterial, el colesterol o la glucosa elevados?			18
¿Ha tenido anemia o falta de hierro?			19
¿Ha tenido sobrepeso u obesidad?			20
¿Es alérgico a algo?			21
¿Ha tenido alguna infección viral importante (pericarditis, miocarditis, mononucleosis u otras)?			22
¿Padece alguna enfermedad respiratoria (asma, bronquitis crónica u otras)?			23

	SI	NO	
¿Tiene algún problema en la piel (picor, erupción, verrugas, hongos u otros)?			24
¿Ha sufrido alguna conmoción o lesión en la cabeza?			25
¿Ha perdido el conocimiento o la memoria en alguna ocasión?			26
¿Sufre dolor de cabeza frecuente o intenso?			27
¿Ha tenido convulsiones?			28
¿Ha tenido adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazos en brazos o piernas?			29
¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad importante?			30
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?			31
¿Tiene o ha tenido algún problema de visión o utiliza gafas o lentillas?			32
¿Tiene algún problema en los dientes?			33
¿Tiene o ha tenido problemas de oído?			34
¿Tiene problemas para dormir, ansiedad o algún problema psicológico?			35
¿Consuma tabaco y/o alcohol habitualmente?			36
¿Toma algún medicamento en la actualidad?			37
<b>LESIONES</b>			
¿Ha tenido alguna lesión importante en el tobillo?			38
¿Ha tenido alguna lesión importante en la rodilla?			39
¿Ha tenido alguna lesión muscular importante?			40
¿Ha tenido alguna fractura o luxación articular?			41
¿Ha tenido alguna lesión importante en tendones o articulaciones?			42
¿Ha tenido alguna otra lesión?			43
¿Utiliza alguna protección o plantilla para hacer deporte?			44
<b>SÓLO EN CASO DE SER MUJER</b>			
¿Tiene la regla?			45
¿A qué edad tuvo la primera regla?			46
¿Sus reglas son regulares?			47
¿Tiene dolores menstruales que precisen tratamiento?			48
¿Ha tenido alguna falta de regla de más de tres meses sin estar embarazada?			49
¿Toma anticonceptivos?			50

He leído la información sobre el tratamiento de mis datos personales que figura en la página 3 de este documento.

**Notas del médico:**

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES	
<b>Responsable</b>	Ayuntamiento de San Javier.
<b>Finalidad</b>	Gestionar la realización de reconocimientos médico-deportivos y consultas relacionadas para Usuarios Generales, así como aquellas otras necesarias para cumplir con la normativa administrativa. Dicho tratamiento está basado en su consentimiento otorgado mediante la marcación de la casilla habilitada para ello.
<b>Derechos</b>	Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y/o portabilidad, cuando proceda, a través del correo electrónica de nuestro Delegado de Protección de Datos: <a href="mailto:dpo@sanjavier.es">dpo@sanjavier.es</a> .
<b>Información detallada</b>	Más información al final de la página.

**Consiento el tratamiento de mis datos con la finalidad de que el Centro de Medicina del Deporte del Ayuntamiento de San Javier lleve a cabo mi reconocimiento médico-deportivo o consulta relacionada.**

**Firma del deportista o del tutor** (si es menor de 16 años):

**Fecha:** .....

**Nombre del tutor:** .....

**DNI/Pasaporte del tutor:** .....

#### INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES

**Responsable:** Se informa al interesado que sus datos personales van a ser objeto de tratamiento por parte del Ayuntamiento de San Javier, con CIF P-3003500J, y dirección en Plaza de España, nº3, 30730, San Javier, Murcia (Responsable del tratamiento), para ser incorporados al sistema de tratamiento "Centro de Medicina del deporte".

**Delegado de Protección de Datos:** El Ayuntamiento de San Javier dispone de Delegado de Protección de Datos (DPD) al que podrá dirigirse a través de la siguiente dirección de correo electrónico: [dpo@sanjavier.es](mailto:dpo@sanjavier.es).

**Finalidades:** Se tratarán sus datos personales con la finalidad de gestionar la solicitud de realización de reconocimientos médico-deportivos y consultas relacionadas para Usuarios Generales, así como aquellas otras necesarias para cumplir con la normativa administrativa, como ponernos en contacto con usted en caso de ser necesario.

**Legitimación:** El tratamiento de sus datos personales está legitimado en el consentimiento del interesado para la realización de los distintos reconocimientos médicos. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada, enviando un email al Responsable del tratamiento a través del correo [dpo@sanjavier.es](mailto:dpo@sanjavier.es).

**Plazo de supresión:** Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos, o hasta que el interesado retire su consentimiento.

**Destinatarios:** Sus datos serán cedidos en los supuestos legalmente previstos a aquellas entidades, públicas y/o privadas con las que el Ayuntamiento de San Javier requiera compartir sus datos para la prestación la solicitud.

**Transferencias internacionales:** No están previstas transferencias internacionales de los datos.

**Decisiones automatizadas:** No se realizan decisiones automatizadas.

**Ejercicio de derechos:** Para ejercitar los derechos que procedan conforme a la normativa de protección de datos (acceso, rectificación, supresión y olvido, oposición, limitación y portabilidad, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan) frente al tratamiento de sus datos personales, puede dirigirse por escrito a través de registro general o sede electrónica del Ayuntamiento, o por correo electrónico a [dpo@sanjavier.es](mailto:dpo@sanjavier.es), facilitando copia de su DNI o documento identificativo equivalente. Podrá dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos.