

EVALUACIÓN DE IDONEIDAD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA
Accertamento di idoneità specifica allo sport

Apellido _____ Nombre _____
nacido/a en _____ el _____
dirección _____
doc. de identidad _____ Código fiscal _____
tel. _____ cell. _____
Deporte por lo cual es solicitada la visita _____ años de actividad deportiva _____
Sociedad deportiva de pertenencia _____
¿Practica otros deportes con regularidad? SI NO Cuáles? _____
¿Se entrena con regularidad? SI NO Cuántas horas por semana? _____

Enfermedades de la familia (abuelos, padres, hermanos, hermanas)

Muerte imprevista	SI NO	Diabetes	SI NO
Enfermedades del corazón	SI NO	Alergia	SI NO
Ictus	SI NO	Tumor	SI NO
Hipertensión	SI NO	Otras enfermedades _____	SI NO

Informaciones sobre el deportista

Sarampión	SI NO	Pleuresía	SI NO	Desmayo	SI NO
Varicela	SI NO	Pulmonía	SI NO	Enferm. estómago	SI NO
Rubéola	SI NO	Sinusitis	SI NO	Enferm. riñones	SI NO
Escarlatina	SI NO	Fiebre reumática	SI NO	Enferm. intestino	SI NO
Parotiditis	SI NO	Asma	SI NO	Luxación cadera	SI NO
Tos ferina	SI NO	Eccema	SI NO	Escoliosis	SI NO
Hepatitis viral	SI NO	Alergia	SI NO	Espalda curva	SI NO
Mononucleosis	SI NO	Anemia	SI NO	Pie plano	SI NO
Amigdalitis	SI NO	Diabetes	SI NO	Escápulas aladas	SI NO
Tuberculosis	SI NO	Tumor	SI NO	Otras info. _____	SI NO
Otitis	SI NO	Epilepsia	SI NO		
Enferm. corazón	SI NO	Traumas oculares	SI NO	Dispositivo de sostén	SI NO
Malform. congénita	SI NO	Problemas oculares	SI NO	Gimnasia correctiva	SI NO
Problemas cardíacos	SI NO	Hipoacusia	SI NO	Realce para pie	SI NO
Arritmia	SI NO	Sordera	SI NO	Plantillas	SI NO
Extrasístoles	SI NO			Zapatos ortopédicos	SI NO
Soplos cardíaco	SI NO	Trauma cránico	SI NO	Prótesis	SI NO
Malform. válvulares	SI NO	Fractura	SI NO	Otras info. _____	SI NO
Miocarditis	SI NO	Distorsiones	SI NO		
Pericarditis	SI NO	Tensión muscular	SI NO		
		Tirón muscular	SI NO		
		Otras info. _____	SI NO		

Intervenciones quirúrgicas

Tonsila SI NO a los _____ años Adenoides SI NO a los _____ años
Hernia SI NO a los _____ años Apéndice SI NO a los _____ años

Otras intervenciones _____

Otras informaciones particulares

Exámenes específicos ejecutados

¿En el pasado se sometió a estudios médicos de idoneidad para la competición deportiva en otras estructuras? SI NO Cuando _____

Fue declarado: IDONEO NON IDONEO: por qué motivos _____

EN SUSPENSO: por cuánto tiempo _____ por qué motivos _____

Anamnesis cardiológica

¿Alguna vez se desmayó, durante o después de un esfuerzo físico? SI NO

¿Alguna vez ha tenido la sensación de falta de ritmo cardíaco? SI NO

¿Cuándo hace un esfuerzo físico (correr, subir las escaleras):
acusa o acusó la falta de aire? SI NO
molestia o presión, como la de una barra, en el centro del pecho? SI NO

¿Alguna vez acusó un aumento repentino de la frecuencia cardíaca y luego un igualmente repentino retorno a la normalidad? SI NO

¿Alguna vez fue obligado a interrumpir la práctica de competición por causas cardiológicas? SI NO

¿Alguna vez fue objeto de otros estudios cardiológicos? SI NO
Cuáles? _____

Advertencia para el deportista y consentimiento informado a los estudios médicos

El cuestionario es estrictamente personal y tiene que ser compilado por el deportista si mayor de edad, por los padres si menor. Es obligatorio marcar las casillas SI o NO.

En el momento de la visita el deportista tendrá que presentarse con: documento de reconocimiento; si la tiene documentación sanitaria (muestra de sangre, papel de alta del hospital, documentación de estudios médicos específicos etc.), tarjeta sanitaria.

Antes de la visita, es aconsejado no fumar, no beber bebidas alcohólicas, no comer demasiado y presentarse en perfectas condiciones igénicas.

Enterado sobre las modalidades de ejecución, autorizo a someterme a la evaluación médica establecida por el DPR 18/02/1982 para el otorgamiento del reconocimiento de idoneidad física.

Por el presente (o los padres si el atleta es menor de 18 años) declaro que a mi leal saber y entender las respuestas dadas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

¿Delega a un representante de la sociedad deportiva para que retire la certificación? SI NO

Fecha _____

Firma _____

Del deportista o de unos de los padres para los menores de edad