



Antecedentes para aptitud deportiva

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento

Si el jugador es menor, nombre del tutor

Teléfono

Correo electrónico

Categoría en la que jugará la presente temporada

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prebenjamin | <input type="checkbox"/> Cadete |
| <input type="checkbox"/> Benjamín | <input type="checkbox"/> Juvenil |
| <input type="checkbox"/> Alevín | <input type="checkbox"/> Senior |
| <input type="checkbox"/> Infantil | |

Lesiones o enfermedades previas

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardíacas | <input type="checkbox"/> Hernias |
| <input type="checkbox"/> Respiratorias | <input type="checkbox"/> Esguinces |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Renales |
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Otras |

Antecedentes familiares (padre o madre)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Alergias _____ |

Estoy de acuerdo en ceder los datos de contacto y médicos necesarios exclusivamente para la realización de la revisión médica deportiva del jugador indicado. Asimismo reconozco que tengo la potestad de hacerlo tanto en mi persona como en el de los jugadores menores de los que soy tutor. Aporto todos los datos solicitados y me comprometo a comunicar y aportar los datos médicos relevantes para la correcta evaluación médica, incluyendo todos los antecedentes.

FIRMA jugador/ tutor



Nombre del jugador

DATOS A RELLENAR POR EL MÉDICO

TA min	TA max	LPM

PESO	TALLA

HÁBITOS TÓXICOS

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Drogas |
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Otros |

Medicación Habitual

Alergias

RESULTADOS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Flexibilidad | <input type="checkbox"/> Espirometría |
| <input type="checkbox"/> Aparato Locomotor | <input type="checkbox"/> Exploración respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Informes de otros especialistas | <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Bradipnea |

EKG

normal	bloq iz	bloq d	Taquicardia	Bradicardia
--------	---------	--------	-------------	-------------

OTROS

Fecha y firma del médico

Estoy de acuerdo en ceder los datos de contacto y médicos necesarios exclusivamente para la realización de la revisión médica deportiva del jugador indicado. Asimismo reconozco que tengo la potestad de hacerlo tanto en mi persona como en el de los jugadores menores de los que soy tutor. Aporto todos los datos solicitados y me comprometo a comunicar y aportar los datos médicos relevantes para la correcta evaluación médica, incluyendo todos los antecedentes.

FIRMA jugador/ tutor