

RECONOCIMIENTO MÉDICO recomendado (con la solicitud de licencia autonómica)

Datos personales:

1er. Apellido:	2º Apellido:	Nombre:	NIF / Pasaporte:
-----------------------	---------------------	----------------	-------------------------

Protección de datos

La firma del presente documento indica que el solicitante y representante o tutor legal (cuando fuera necesario) entiende, acepta y autoriza todas las cláusulas de nuestra política de privacidad para la recogida y el tratamiento de sus datos personales que aparece en el documento anexo "Declaración de Cesión de Datos y Compromiso por Parte del Solicitante". **Es necesario entregar relleno y firmado dicho documento para la tramitación de la licencia.**

Firma del Solicitante:	Firma y Sello del Club:
Firma del padre / madre / tutor, Sólo para menores de 18 años el día de la solicitud	Lugar y fecha:
D. _____ NIF: _____ Firma	_____, a ____ de _____ de 2.0 ____

1. Antecedentes Familiares:

--

2. Antecedentes Personales:

Enfermedades:
Lesiones:
Intervenciones Quirúrgicas:
Vacunaciones:
Alergias:
Accidentes (Hospitalizaciones):
Otros:

3. Exploración:

Respiratorio:

Auscultación Pulmonar:			
Espirometría:			
FVC: litros	%	PEF: litros	%
FEV1: litros	%	FEF 25-75: litros	%
FEV1/FVC: %			

Cardiocirculatorio:

Auscultación Cardíaca:	FC reposo: ppm
ELECTROCARDIOGRAMA BASAL:	T. Arterial: mmHg

Aparato Locomotor:

Columna Vertebral:	Genos:	Miembros Superiores:
Piel y mucosas:	Boca:	Miembros Inferiores:
ORL:	Pies:	Abdomen:

Agudeza Visual:

		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Visión Lejana:	Sin corrección		
	Con corrección		
Visión Próxima:	Sin corrección		
	Con corrección		
Visión Cromática según tablas (Ishihara, etc.):			

4. Antropometría y Composición Corporal:

OPCIÓN A:		Peso (Kg):	Talla (cm):	IMC(%) :
OPCIÓN B (Recomendado):				
IMC:	%	HEATH-CARTER		Endomorfía:
FAULKNER	% Graso:			Mesomorfía:
MARTIN	M.M.:			Ectomorfía:
DE ROSE	%G.Ideal:	YUHASZ	% Graso:	
	Peso Óptimo:			
Valoración Composición Corporal:				

5. Test de Esfuerzo de No Contraindicación a la Práctica Deportiva:

OPCIÓN A. Test de No Contraindicación Básico (Ruffier):				
TA al finalizar:	mm/Hg	FC al finalizar:	ppm	
TA al minuto:	mm/Hg	FC al minuto:	ppm	
OPCIÓN B. Test de No Contraindicación a la Práctica Deportiva con Electrocardiografía de Esfuerzo (Recomendado):				
FC Máxima:	ppm	VO2 Máximo por estimación indirecta:	ml/kg/min	
Recuperación Tensional (mmHg):	al finalizar:	1' :	3' :	5' :
Potencia/Velocidad Máxima alcanzada:	Watos / m/s	Doble Producto:		
Trazado Electrocardiográfico de Esfuerzo:				
Intensidades Entrenamiento Aconsejadas:				

6. APTO / NO APTO. Otras Observaciones o Recomendaciones

Nota: La OPCIÓN B irá acompañada de un informe Personalizado con Prescripción de Intensidades de Entrenamiento

<p>Médico: _____</p> <p>Nº Colegiado: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p style="text-align: right;">Firma: _____</p> <p style="text-align: center;">Protección de datos</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;"> <p>De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa al facultativo titular de los datos que éstos se incorporarán a un fichero del que es Responsable LA FEDERACIÓ D'ESPORTS ADAPTATS DE LA COMUNITAT VALENCIANA, como complemento a la tramitación de licencias, sin ningún otro fin y tratamiento. El titular autoriza a su incorporación y tratamiento pudiendo ejercitar ante el responsable del fichero los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos, dirigiendo su petición a la sede del Responsable, sita en Valencia, Calle Monestir de Poblet, 30-32 Bajo.</p> </div>
--