

El deportista debe ir en pantalón corto y zapatillas deportivas y, en caso, de llevar gafas portarlas con él. Si es chica debe llevar sujetador deportivo; deberán descalzarse en el momento del reconocimiento y quedarse sin calcetines.

**1- DATOS PERSONALES**

Temporada: \_\_\_\_\_ año en curso

Apellidos	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
DNI	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
Localidad/Provincia de nacimiento	<input type="text"/>	País de nacimiento	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>		
Dirección	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>		
Club	<input type="text"/>	Deporte	<input type="text"/>		
Categoría	<input type="text"/>	Puesto	<input type="text"/>		

En el caso de que el deportista con nombre y DNI sea menor de 16 años, completar con los datos de contacto del padre, madre o tutor:

Teléfono	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Padre/Madre/Tutor	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>

**HISTORIA MÉDICA**CODIGO EKG 

☐ Vacunas: \_\_\_\_\_

☐ Alergias/intolerancias: \_\_\_\_\_

☐ Hábitos alimenticios: \_\_\_\_\_

☐ Antecedentes familiares:

Padre: _____	Madre: _____
Hermanos: _____	Abuelos: _____

☐ Enfermedades que padece o has padecido: \_\_\_\_\_

☐ Lesiones:

Óseas (fractura): húmero, radio, tibia... _____	D/I año: _____
Musculares (rotura): cuádriceps, isquio-sural, tríceps sural... _____	D/I año: _____
Tendinosas (tendinitis): alquileo, rotuliano, epicondilitis... _____	D/I año: _____
Ligamentosas (esguince): muñeca, tobillo, rodilla... _____	grado: I/II/III: _____ D/I año: _____

☐ ¿Durante la práctica de ejercicio has sentido alguno de estos síntomas?

☐ Dolor de pecho ☐ Dificultad para respirar ☐ Palpitaciones ☐ Pérdida de conocimiento

☐ ¿Operaciones, de qué y en qué año? \_\_\_\_\_

☐ ¿Toma de algún tratamiento de forma habitual? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

☐ ¿Fumas? ☐ No ☐ Sí ¿Cuánto? N° de cigarrillos/día: \_\_\_\_\_

☐ ¿Bebes alcohol? ☐ No ☐ Sí ¿Cuánto? N° de veces/semana: \_\_\_\_\_

☐ ¿Enfermedades del corazón en familiares menores de 50 años? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Otras enfermedades? \_\_\_\_\_

☐ Mujeres Menarquia (edad 1ª regla): \_\_\_\_\_ años Fecha última regla (FUR): \_\_\_\_\_ Anticonceptivos ☐ No ☐ Sí

☐ ¿Utiliza plantillas en los pies? ☐ No ☐ Sí ¿Por qué? Pies planos, pies cavos, pronación, supinación, taloneras, alza, etc. \_\_\_\_\_

Nº de pie \_\_\_\_\_

☐ ¿Utiliza gafas? ☐ No ☐ Sí ¿Por qué? \_\_\_\_\_ ¿Utiliza lentillas? ☐ No ☐ Sí

☐ ¿Utiliza ortodoncia/férula bucal? \_\_\_\_\_ ☐ Otros: \_\_\_\_\_

Información sobre Protección de Datos: el Responsable del tratamiento de sus datos es MASQSANO SALUD Y DEPORTE, S.L.P. tratados con la FINALIDAD de realizar el correspondiente reconocimiento médico. De igual forma, con los datos derivados del presente informe se realizarán estadísticas totalmente anonimizadas, con fines de investigación. La LEGITIMACIÓN está basada en el consentimiento del interesado o padre, madre, tutor legal. El DESTINATARIO del informe médico será el propio interesado, por lo que sus datos no se cederán a terceros, salvo obligación legal o autorización expresa. Al Club Deportivo únicamente se le informará de si usted ha pasado el reconocimiento satisfactoriamente o no. Sus datos se CONSERVARÁN durante la prestación del servicio y, una vez finalizado, hasta que se solicite su supresión por el interesado. No obstante, quedarán bloqueados durante el tiempo establecido legalmente. Puede acceder, rectificar y suprimir los datos; así como ejercer sus DERECHOS de portabilidad y limitación, tal y como se explica en la INFORMACIÓN ADICIONAL que puede encontrar en nuestra página web: [www.masqsano.es](http://www.masqsano.es).

☐ Si quiere que le enviemos información comercial o publicidad acerca de nuestros servicios o tratamientos de terceros que puedan ser de su interés, por favor, marque la casilla.

Firma del deportista o, en su caso, del Padre/Madre/Tutor legal:

## 2- DATOS MÉDICOS

Hora medición: \_\_\_\_\_ a.m/p.m

## ANTROPOMETRÍA

Pierna dominante ☐ D ☐ I Brazo dominante ☐ D ☐ IRaza ☐ Caucasoide ☐ Negroide ☐ Mongoloide

Edad \_\_\_\_\_ años Peso \_\_\_\_\_ Kg. Talla \_\_\_\_\_ cm. Talla sentado \_\_\_\_\_ cm.

Envergadura \_\_\_\_\_ cm.

Perímetro de tórax \_\_\_\_\_ cm.

Longitud de miembro superior dcho \_\_\_\_\_ cm.

Longitud de antebrazo dcho \_\_\_\_\_ cm.

Longitud de miembro inferior dcho \_\_\_\_\_ cm.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

## Exploración neurológica \_\_\_\_\_

Exploración ocular OD \_\_\_\_\_ OI \_\_\_\_\_ ☐ Estrabismo Agudeza visual limitada ☐ OD ☐ OIExploración oídos \_\_\_\_\_ Tapones de cerumen ☐ OD ☐ OI

## Exploración orofaríngea \_\_\_\_\_

☐ Caries ☐ Falta de piezas ☐ Empaste ☐ Ortodoncia ☐ Retenedor ☐ Alteración oclusión dental

Cuello Tiroides \_\_\_\_\_ Adenopatías \_\_\_\_\_ Pulso carotídeo \_\_\_\_\_

Columna ☐ Alineada ☐ Actitud escoliótica ☐ Cifotica Dorsal ☐ Hiperlordotica LumbarHombro descendido ☐ D ☐ I Punta escapular descendida ☐ D ☐ I

Cervical \_\_\_\_\_ Dorsal \_\_\_\_\_ Lumbar \_\_\_\_\_

Exploración de Extremidades superiores: Balance articular completo ☐ No ☐ Sí B.M.C ☐ No ☐ Sí

Hombros \_\_\_\_\_ Codos \_\_\_\_\_ Muñecas \_\_\_\_\_

Manos \_\_\_\_\_ Dedos \_\_\_\_\_

Inspección torácica \_\_\_\_\_

Exploración cardio-respiratoria básica \_\_\_\_\_

Exploración abdominal \_\_\_\_\_

Exploración de Extremidades inferiores: Balance articular completo ☐ No ☐ Sí B.M.C ☐ No ☐ Sí

Caderas \_\_\_\_\_ Rodillas \_\_\_\_\_ Tobillo \_\_\_\_\_

Pies \_\_\_\_\_ Dedos \_\_\_\_\_ Uñas \_\_\_\_\_

Exploración cutánea \_\_\_\_\_

## MONITORIZACION CARDIOVASCULAR

Presión arterial \_\_\_\_\_ mmHg. Frecuencia reposo \_\_\_\_\_ lpm. Saturación \_\_\_\_\_ %

EKG \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

DERIVACIONES al \_\_\_\_\_

## EJERCICIOS PREVENTIVOS PARA MEJORAR

☐ Columna ☐ Hombro ☐ Codo ☐ Muñeca ☐ Cadera ☐ Rodilla ☐ Tobillo ☐ Acortamiento cadena posterior