

# **CUESTIONARIO MÉDICO-DEPORTIVO PARA EL RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVIO A LA OBTENCIÓN DE LICENCIA DEPORTIVA**

## **FILIACIÓN**

Nombre: Apellidos:  
Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:  
Sexo: DNI, NIF o Tarjeta de Residencia:  
Domicilio: Localidad:  
Código Postal: Provincia:  
País:- Teléfono: Nacionalidad:-  
Correo electrónico:-

## **DATOS DEPORTIVOS**

Federación:  
Deporte: Especialidad:  
Prueba: Posición de juego:  
Nivel de competición alcanzado: Categoría:  
Años de práctica de este deporte: Horas dedicación diaria hasta ahora:  
Número de días a la semana de entrenamiento:  
Otros deportes o actividades físicas practicadas:

## **HISTORIA MÉDICA**

**Marca la opción que corresponda con tus antecedentes.**

**Rodea con un círculo las preguntas que no entiendas y explica aquellas a las que contestes afirmativamente en el espacio reservado al final.**

## **ENFERMEDADES**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Has padecido alguna enfermedad o lesión desde el último reconocimiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Padeces alguna enfermedad actual o crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has permanecido hospitalizado más de 1 día en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te han realizado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te han hecho alguna transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tomas actualmente algún medicamento, pastillas o utilizas algún inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Has tomado en alguna ocasión suplementos o vitaminas para ganar o perder peso o mejorar tú rendimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Eres alérgico (al polen, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has tenido alguna erupción cutánea ("ronchas", etc.) durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has perdido el conocimiento durante o después del ejercicio en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Te has sentido mareado durante o después del ejercicio en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Has sentido dolor en el pecho durante o después del ejercicio en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Te cansas más rápidamente que tus compañeros cuando haces ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez has notado que el corazón se acelere más de la cuenta o que falle algún latido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Has tenido la tensión arterial elevada o el colesterol alto o diabetes o anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez te han dicho que tuvieras un soplo de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Algún miembro de tú familia ha fallecido por problemas de corazón o de forma súbita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Algún miembro de tu familia ha padecido alguna enfermedad cardiovascular antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Has padecido alguna infección viral importante como pericarditis, miocarditis, mononucleosis, u otras similares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Algún médico te ha prohibido ó limitado la práctica deportiva por algún problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Tienes algún problema de piel en la actualidad (picor, erupción, verrugas, hongos, ampollas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Has sufrido alguna conmoción o lesión en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿En alguna ocasión has perdido el conocimiento y/o la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Has tenido algún episodio de convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Padeces dolores de cabeza frecuentes y/o intensos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Has tenido alguna vez sensación de adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazo en brazos o piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Has tenido algún problema por realizar ejercicio en ambiente caluroso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. ¿Has notado tos, pitos ó problemas para respirar durante o después del ejercicio en alguna ocasión?
26. ¿Padeces o has padecido asma?
27. ¿Sufres o has sufrido alergia estacional que requiera tratamiento médico?
28. ¿Tienes o has tenido algún problema de visión?
29. ¿Utilizas o has utilizado gafas o lentillas?
30. ¿Tienes o has tenido problemas dentales como maloclusión, caries, u otro?
31. ¿Tienes o has tenido problemas de audición?
32. ¿Tienes o has tenido problemas para dormir, ansiedad, o algún problema psicológico?
33. ¿Crees que tu alimentación es adecuada?
34. ¿Te gustaría pesar más o menos de lo que pesas en la actualidad?
35. ¿Consumes tabaco y/o alcohol habitualmente?

### LESIONES

36. ¿Has tenido alguna torcedura (esguince), lesión muscular o hinchazón tras una lesión?
37. ¿Has tenido alguna fractura ósea o luxación articular?
38. ¿Has tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones?
39. ¿Utilizas o has utilizado algún tipo de protección o corrección ortopédica distinta de la habitual en tú deporte?

*Si has contestado SI a alguna de las 4 cuestiones anteriores, marca la casilla correspondiente a la zona lesionada y detállalo al final.*

- |                                  |                                 |                                  |                                    |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cabeza  | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Pecho     |
| <input type="checkbox"/> Hombro  | <input type="checkbox"/> Brazo  | <input type="checkbox"/> Codo    | <input type="checkbox"/> Antebrazo |
| <input type="checkbox"/> Muñeca  | <input type="checkbox"/> Mano   | <input type="checkbox"/> Cadera  | <input type="checkbox"/> Muslo     |
| <input type="checkbox"/> Rodilla | <input type="checkbox"/> Pierna | <input type="checkbox"/> Tobillo | <input type="checkbox"/> Pie       |

### SOLO PARA LAS MUJERES

40. ¿Tienes la regla?
41. ¿Tus reglas son regulares?
42. ¿Has tenido alguna falta en la regla de más de 3 meses u otra alteración menstrual?
43. ¿Tienes dolores menstruales que precisen tratamiento?
44. ¿Tienes dolores o bulto en el pecho?
45. ¿Tomas anticonceptivos?
46. ¿A qué edad tuviste la primera regla?: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO FIRMADO

D<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

AUTORIZO a que se lleven a cabo las pruebas médicas que sean necesarias para mi valoración médica y de la adecuada adaptación a la práctica deportiva. Los datos médicos recabados tendrán un carácter estrictamente confidencial, en virtud del artículo 5 de la Ley 15/99 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

(2) Firmado:

Si se trata de un menor de edad o persona incapacitada, firmará su Padre, Madre, Tutor o Representante Legal, indicando en (1) el nombre del deportista y en (2) el nombre del firmante.