



SOLICITUD **DE INFORME GRATUITO DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA**  
**(CUESTIONARIO DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA)**

La práctica de ejercicio físico o de un deporte puede comportar riesgos para el organismo. Estos riesgos se deben prevenir en la medida de lo posible con la realización de un reconocimiento médico-deportivo o, al menos, de un cuestionario que permita valorar el estado de salud. El objetivo de este cuestionario es detectar posibles alteraciones que puedan agravarse por la realización de ejercicio y, en función de estas, realizar las recomendaciones que procedan. De este modo usted puede obtener un **INFORME GRATUITO** de salud para la práctica deportiva.

**PROCEDIMIENTO A SEGUIR:**

**Rellene** todos los apartados del **cuestionario**.

**Hágalo llegar al Centro de Medicina del Deporte** por cualquiera de estos procedimientos:

- Por correo electrónico a la dirección: [medicina@sanjavier.es](mailto:medicina@sanjavier.es)
- En sobre cerrado dirigido al Centro de Medicina del Deporte, a entregar en el mismo o en las oficinas del Polideportivo (calle Maestre, s/n, 30730-San Javier).

Posteriormente **se le enviará**, por correo electrónico u ordinario, **un informe** con las conclusiones obtenidas a partir del cuestionario y las recomendaciones que procedan.

## CUESTIONARIO DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA

(Adjuntar al cuestionario aquellos informes médicos que puedan aportar más información)

### FILIACIÓN

Nombre:		Apellidos:	
Fecha nacimiento:		Sexo (H/M):	DNI/Pasaporte:
Domicilio:		Población:	
Provincia:	Código Postal:		País:
Teléfono:	Correo electrónico:		

### DATOS DEPORTIVOS

Deporte principal:		Especialidad:	
Posición de juego:		Años de práctica deportiva:	
Horas de dedicación a la semana:		Días de entrenamiento a la semana:	
Otros deportes practicados:			

### HISTORIA MÉDICA (señala la opción que corresponda)

	SI	NO	
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>			
¿Ha fallecido algún miembro de su familia por problemas de corazón o de forma súbita?			1
¿Han padecido sus padres o hermanos alguna enfermedad cardiovascular antes de los 50 años?			2
<b>EDAD</b>			
¿Es usted un hombre mayor de 45 años o una mujer mayor de 55 años?			3
<b>EN RELACIÓN CON EL EJERCICIO</b>			
¿Ha notado alguna vez palpitaciones o que el corazón se le acelera más de la cuenta?			4
¿Ha perdido alguna vez el conocimiento durante o después del ejercicio?			5
¿Se ha sentido alguna vez mareado durante o después del ejercicio?			6
¿Ha sentido alguna vez dolor en el pecho durante o después del ejercicio?			7
¿Se cansa antes que sus compañeros cuando realiza ejercicio?			8
¿Ha tenido algún problema por realizar ejercicio en ambiente caluroso?			9
¿Ha tenido alguna erupción en la piel ("ronchas", etc.) durante o después del ejercicio?			10
¿Ha tenido tos, "pitos" o dolor al respirar durante o después del ejercicio?			11
¿Le ha prohibido algún médico hacer deporte o se lo ha limitado por algún problema?			12
¿Ha tomado alguna vez sustancias para ganar o perder peso o para mejorar su rendimiento?			13
¿Ha dejado de hacer ejercicio de forma regular?			14
<b>ENFERMEDADES</b>			
¿Padece alguna enfermedad del corazón?			15
¿Le han dicho alguna vez que tenga un "soplo" en el corazón?			16
¿Ha tenido un accidente vascular cerebral (ictus)?			17
¿Ha tenido o tiene la tensión arterial, el colesterol o la glucosa elevados?			18
¿Ha tenido o tiene anemia o falta de hierro?			19
¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?			20
¿Es alérgico a algo?			21
¿Ha tenido alguna infección viral importante (pericarditis, miocarditis, mononucleosis u otras)?			22
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad respiratoria (asma, bronquitis crónica u otras)?			23
¿Tiene algún problema en la piel (picor, erupción, verrugas, hongos u otros)?			24

	SI	NO	
¿Ha sufrido alguna conmoción o lesión en la cabeza?			25
¿Ha perdido el conocimiento o la memoria en alguna ocasión?			26
¿Padece dolor de cabeza frecuente o intenso?			27
¿Ha tenido alguna vez convulsiones?			28
¿Ha tenido alguna vez adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazos en brazos o piernas?			29
¿Padece alguna otra enfermedad que no se encuentre en este apartado del cuestionario?			30
¿Ha permanecido hospitalizado más de un día en alguna ocasión?			31
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?			32
¿Le han realizado alguna transfusión de sangre?			33
¿Toma algún medicamento en la actualidad?			34
¿Tiene o ha tenido algún problema de visión o utiliza gafas o lentillas?			35
¿Tiene algún problema en los dientes?			36
¿Tiene o ha tenido problemas de oído?			37
¿Tiene problemas para dormir, ansiedad o algún problema psicológico?			38
¿Consuma tabaco y/o alcohol habitualmente?			39
<b>LESIONES</b>			
¿Ha tenido alguna lesión en el tobillo?			40
¿Ha tenido alguna lesión en la rodilla?			41
¿Ha tenido alguna lesión muscular?			42
¿Ha tenido alguna fractura o luxación articular?			43
¿Ha tenido alguna lesión de tendones o articulaciones?			44
¿Ha tenido alguna otra lesión?			45
¿Utiliza alguna protección o plantilla para hacer deporte?			46
<b>SÓLO EN CASO DE SER MUJER</b>			
¿Tiene la regla?			47
¿Sus reglas son regulares?			48
¿Ha tenido alguna falta de regla de más de tres meses sin estar embarazada?			49
¿Tiene dolores menstruales que precisen tratamiento?			50
¿Toma anticonceptivos?			51
¿A qué edad tuvo la primera regla?			52

He leído la información sobre el tratamiento de mis datos personales que figura en la página 4 de este documento.

**Notas del médico:**

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES	
<b>Responsable</b>	Ayuntamiento de San Javier.
<b>Finalidad</b>	Gestionar la solicitud de obtención de un informe de salud para la práctica deportiva, la realización de reconocimientos médico-deportivos y consultas relacionadas para Usuarios Generales, así como aquellas otras necesarias para cumplir con la normativa administrativa. Dicho tratamiento está basado en su consentimiento otorgado mediante la marcación de la casilla habilitada para ello.
<b>Derechos</b>	Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y/o portabilidad, cuando proceda, a través del correo electrónica de nuestro Delegado de Protección de Datos: <a href="mailto:dpo@sanjavier.es">dpo@sanjavier.es</a> .
<b>Información detallada</b>	Más información al final de la página.

**Consiento el tratamiento de mis datos con la finalidad de que el Centro de Medicina del Deporte del Ayuntamiento de San Javier elabore un informe de salud para la práctica deportiva y, en su caso, lleve a cabo un reconocimiento médico-deportivo o consulta relacionada.**

**Firma del deportista o del tutor** (si es menor de 16 años):

**Fecha:** .....

**Nombre del tutor:** .....

**DNI/Pasaporte del tutor:** .....

#### INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES

**Responsable:** Se informa al interesado que sus datos personales van a ser objeto de tratamiento por parte del Ayuntamiento de San Javier, con CIF P-3003500J, y dirección en Plaza de España, nº3, 30730, San Javier, Murcia (Responsable del tratamiento), para ser incorporados al sistema de tratamiento “Centro de Medicina del deporte”.

**Delegado de Protección de Datos:** El Ayuntamiento de San Javier dispone de Delegado de Protección de Datos (DPD) al que podrá dirigirse a través de la siguiente dirección de correo electrónico: [dpo@sanjavier.es](mailto:dpo@sanjavier.es).

**Finalidades:** Se tratarán sus datos personales con la finalidad de gestionar la solicitud de obtención de un informe de salud para la práctica deportiva, la realización de reconocimientos médico-deportivos y consultas relacionadas para Usuarios Generales, así como aquellas otras necesarias para cumplir con la normativa administrativa, como ponernos en contacto con usted en caso de ser necesario.

**Legitimación:** El tratamiento de sus datos personales está legitimado en el consentimiento del interesado para la realización de los distintos reconocimientos médicos. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada, enviando un email al Responsable del tratamiento a través del correo [dpo@sanjavier.es](mailto:dpo@sanjavier.es).

**Plazo de supresión:** Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos, o hasta que el interesado retire su consentimiento.

**Destinatarios:** Sus datos serán cedidos en los supuestos legalmente previstos a aquellas entidades, públicas y/o privadas con las que el Ayuntamiento de San Javier requiera compartir sus datos para la prestación la solicitud.

**Transferencias internacionales:** No están previstas transferencias internacionales de los datos.

**Decisiones automatizadas:** No se realizan decisiones automatizadas.

**Ejercicio de derechos:** Para ejercitar los derechos que procedan conforme a la normativa de protección de datos (acceso, rectificación, supresión y olvido, oposición, limitación y portabilidad, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan) frente al tratamiento de sus datos personales, puede dirigirse por escrito a través de registro general o sede electrónica del Ayuntamiento, o por correo electrónico a [dpo@sanjavier.es](mailto:dpo@sanjavier.es), facilitando copia de su DNI o documento identificativo equivalente. Podrá dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos.