



Consell de Mallorca

Departament d'Esports i Promoció Sociocultural



C/ General Riera 111
Tel: 971 173 648
07010 Palma de Mallorca
medesport@conselldemallorca.net

HISTÒRIA CLÍNICA

CODI		DATA		CENTRE			
LLINATGES				NOM			
ADREÇA				POBLACIÓ		C.P.	
TELÈFON	CLUB ESCOLA			ESPORT		CODI	
DATA NAIXEMENT							

NO OMLIR LES CASELLES DE COLOR BLANC

LES DADES D'AQUEST QÜESTIONARI SÓN CONFIDENCIALS
AQUEST QÜESTIONARI NO SUBSTITUEIX L'EXAMEN ESCOLAR, PEDIATRIC O GERIATRIC

ANTECEDENTS FAMILIARS (MOLT IMPORTANT)

- | | SI | OBSERVACIÓ |
|---|--------------------------|------------|
| 1.- Algún familiar directe a mort de forma prematura (sobtada i inesperadament) abans dels 50 anys de causa cardíaca? | <input type="checkbox"/> | |
| 2.- Algún familiar directe ha estat diagnosticat de cardiopatia isquèmica o altre malaltia cardíaca abans dels 50 anys? | <input type="checkbox"/> | |

ANTECEDENTS PERSONALS

- | 3.- Heu tingut o teniu: | SI | OBSERVACIÓ |
|--|--------------------------|------------|
| Mareigs, desmaigs en repòs o en exercici? | <input type="checkbox"/> | |
| Dolor al pit amb l'exercici? | <input type="checkbox"/> | |
| Convulsions, atacs o mal de cap freqüents? | <input type="checkbox"/> | |
| Epilèpsia? | <input type="checkbox"/> | |
| Fatiga o cansament fàcil? | <input type="checkbox"/> | |
| Palpitacions? | <input type="checkbox"/> | |
| Tremolors? | <input type="checkbox"/> | |
| Inflamació o dolor a les articulacions? | <input type="checkbox"/> | |
| Aiguna insolació forta? | <input type="checkbox"/> | |
| Al·lèrgia a alguna cosa? | <input type="checkbox"/> | |
| Alguna malaltia recurrent o perllongada (de més d'una setmana)? | <input type="checkbox"/> | |
| Bul cardíac o hipertensió arterial? | <input type="checkbox"/> | |
| Febre reumàtica? | <input type="checkbox"/> | |
| Anèmia o hemofília? | <input type="checkbox"/> | |
| Alteracions de la columna vertebral? | <input type="checkbox"/> | |
| Asma? | <input type="checkbox"/> | |
| Diabetis? | <input type="checkbox"/> | |
| Hèrnia? | <input type="checkbox"/> | |
| Dolor freqüent o molèsties a l'esquena o membre inferior en caminar o córrer? | <input type="checkbox"/> | |
| Lesió esportiva que necessita tractament (fractura, luxació, esquinç, desgarrament, altres)? | <input type="checkbox"/> | |
| Lesió de genoll o turmell? | <input type="checkbox"/> | |
| Cop fort al cap o pèrdua de coneixement pel cop (Commoció)? | <input type="checkbox"/> | |
| Hospitalitzacions? | <input type="checkbox"/> | |
| Operacions? | <input type="checkbox"/> | |
| Manca o problemes d'ull, ronyó, o testicle? | <input type="checkbox"/> | |
| Ús d'ulleres o lens de contacte? | <input type="checkbox"/> | |
| Pròtesis a ull, boca o orella? | <input type="checkbox"/> | |
| Corsé o aparell ortopèdic? | <input type="checkbox"/> | |
| Edat primera menstruació? | <input type="checkbox"/> | |
| Data de l'última vacunació antitetànica? | <input type="checkbox"/> | |
| Edat de començament de l'esport? | <input type="checkbox"/> | |
| Hores per setmana d'entrenament? | <input type="checkbox"/> | |

Signatura (Pare / Tutor)