

HISTORIA CLÍNICA

Código		Fecha		Centro	
Apellidos					Nombre
Dirección				Población	C.P.
Teléfono	Club Escuela			Deporte	Código
Fecha nacimiento	DNI				

NO RELLENAR LAS CASILLAS DE COLOR BLANCO

**LOS DATOS DE ESTE CUESTIONARIO SON CONFIDENCIALES
ESTE CUESTIONARIO NO SUBSTITUYE EL EXAMEN ESCOLAR, PEDIÁTRICO O GERIÁTRICO**

ANTECEDENTES FAMILIARES (MUY IMPORTANTE)

- | | SI | OBSERVACIÓN |
|---|--------------------------|-------------|
| 1.- ¿Algún familiar directo ha muerto de forma prematura (de repente e inesperadamente) antes de los 50 años de causa cardiaca? | <input type="checkbox"/> | |
| 2.- ¿Algún familiar directo ha sido diagnosticado de cardiopatía isquémica u otra enfermedad cardiaca antes de los 50 años? | <input type="checkbox"/> | |

ANTECEDENTES PERSONALES

- | | SI | OBSERVACIÓN |
|---|--------------------------|-------------|
| 3.- Ha tenido o tiene: | | |
| ¿Mareos, desmayos en reposo o en ejercicio? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Dolor en el pecho con el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Convulsiones, ataques o dolor de cabeza frecuentes? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Epilepsia? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Fatiga o cansancio fácil? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Palpitaciones? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Temblores? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Inflamación o dolor en las articulaciones? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Alguna insolación fuerte? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Alergia a alguna cosa? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Alguna enfermedad recurrente o larga (de más de una semana)? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Soplo cardíaco o hipertensión arterial? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Fiebre reumática? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Anemia o hemofilia? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Alteraciones de la columna vertebral? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Asma? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Diabetes? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Hernia? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Dolor frecuente o molestias en la espalda o miembro inferior al caminar o correr? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Lesión deportiva que necesitó tratamiento (fractura, luxación, esguince, desgarramiento, otros)? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Lesión de rodilla o tobillo? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Golpe fuerte en la cabeza o pérdida de conocimiento por el golpe (Conmoción)? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Hospitalizaciones? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Operaciones? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Falta o problemas de ojos, riñones, o testículos? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Uso de gafas o lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Prótesis ocular, boca u oreja? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Corsé o aparato ortopédico? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Edad primera menstruación? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Fecha de la última vacunación antitetánica? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Edad de comienzo en el deporte? | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Horas por semana de entrenamiento? | <input type="checkbox"/> | |

Firma (Padre / Tutor)

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, informamos que todos los datos de carácter personal que suministre por escrito al personal de este servicio, podrán ser incluidos en uno o más archivos, cuya responsabilidad corresponde al Servicio de Medicina del Deporte del Consell de Mallorca. Las finalidades del tratamiento efectuado por esta son la efectiva prestación de los servicios médicos convenidos así como la gestión de la información médica.

Para la correcta gestión del servicio, es necesario que el paciente facilite los datos veraces y correctos, y que se comprometa a comunicar al Servicio Médico del Consell de Mallorca cualquier modificación de las mismas. El paciente tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los datos. Se puede dirigir por escrito al Servicio Médico, con domicilio en General Riera, 111, Palma de Mallorca.