

El deportista debe ir en PANTALÓN CORTO y ZAPATILLAS DEPORTIVAS y, en caso, de necesitar gafas llevarlas consigo. 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 Nombre Sexo Varón Mujer

DNI Fecha de nacimiento

Ciudad de nacimiento País de nacimiento

Club Deporte
Ej. (Fútbol)

Categoría Posición de juego/Modalidad
Ej. (alevin, infantil, etc.) Ej. (Lateral, defensa, velocista, etc.)

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

Teléfono Email

Nombre Padre/Madre/Tutor DNI

HISTORIA MÉDICA _____ CODIGO EKG

■ Declaración COVID19: Síntomas como fiebre, pérdida de gusto, tos o falta de respiración
¿Cuales?: _____ No Sí

■ ¿Ha pasado la enfermedad COVID-19? No Sí

■ En caso afirmativo, ¿tiene algún síntoma persistente derivado de la misma? No
 Dolor muscular Cansancio Dificultad para respirar Otros: _____

■ ¿Ha sido vacunado contra el COVID-19? No Sí, pauta completa Sí, solo una de las dos vacunas

■ Alergias/intolerancias: _____

■ Enfermedades familiares reseñables:
Padre: _____ Madre: _____
Hermanos: _____ Abuelos: _____

■ Enfermedades que padece o has padecido: _____

■ Lesiones: Últimos 5 años
Fracturas ¿Dónde?: _____ Dcha/Izq año: _____
Rotura Muscular ¿Dónde?: _____ Dcha/Izq año: _____
Esguinces ¿Dónde?: _____ Dcha/Izq año: _____

■ ¿Durante la práctica de ejercicio has sentido alguno de estos síntomas?
 Dolor de pecho Dificultad para respirar Palpitaciones Pérdida de conocimiento

■ ¿Te han operado, de qué y en qué año? Amígdalas Vegetaciones Apendicitis Hernia

■ ¿Toma de alguna medicación de forma habitual? ¿Cuál? _____

■ ¿Fumas? Sí No Ocasionalmente

■ ¿Bebes alcohol? Sí No Ocasionalmente

■ ¿Fallecimiento por muerte súbita o problemas cardiacos severos en familiares menores de 50 años? No Sí

¿Quiénes? _____

■ ¿Utiliza plantillas en los pies? No Sí ¿Por qué? Pies planos Pies cavos Taloneras Alza Otros

■ ¿Utiliza gafas? No Sí ¿Por qué? _____
 Miopía Hipermetropía Astigmatismo Estrabismo ¿Lentillas? No Sí

■ ¿Utiliza ortodoncia/férula bucal? No Sí

■ 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. No obstante, también tendrá acceso a sus datos nuestra franquiciadora masQsano TechForHealth, S.L. 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.

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

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.

2- DATOS MÉDICOS

Hora medición: _____ Fecha: _____

ANTROPOMETRÍA

Pierna dominante D I Brazo dominante D I Número de pie

Raza Blanca Negra Asiática

Talla cm. Talla sentado cm. Peso Kg. Envergadura

EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración ocular Estrabismo Agudeza visual limitada OD OI No se hace

Exploración neurológica

Exploración oídos Tapones de cerumen OD OI

Exploración orofaríngea Férula paladar Caries Falta de piezas Prótesis dentarias
 Ortodoncia Retenedor Alteración oclusión dental Empaste

Cuello Tiromegalia Adenopatías Patológicas Soplo carotídeo

Columna Cifótica Dorsal Hiperlordótica Lumbar

Hombro descendido D I Giba Derecha Izquierda

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

Hombros Codos Muñecas

Manos Dedos

Inspección torácica Excavatum Carinatum Asimetría Pezones Hundimiento costal

Exploración cardio-respiratoria básica Soplo funcional Soplo a estudio Arritmia Sibilantes aislados

Exploración abdominal Hernia

Exploración cutánea Tatuajes Nevus a estudio Cicatriz Máculas

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

Caderas REL RIL Báscula pélvica | Rodillas Varo Valgo Recurvatum Flexo Cepillo

Tobillo Varo Valgo fisio Valgo patológico | Pies Neutro Cavo Plano rígido Plano flexible

Dedos Hallux rígidus Hiperqueratosis En garra | Uñas Hemorragia Onicomycosis Encarnada
 Papilomas Hallux Valgus | Otros

MONITORIZACIÓN CARDIOVASCULAR

Presión arterial mmHg. Frecuencia reposo lpm. Saturación %

EKG

OBSERVACIONES

DERIVACIONES al Ortopedia Psicopedagogía Farmacia Pruebas RX Cutánea Podología
 Trauma Cardio Ocular Fisio

EJERCICIOS PREVENTIVOS PARA MEJORAR

Cadera Rodilla Tobillo Pie Cuello Columna Hombros Codo Muñeca y dedos
 Foam Core