

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