



Por favor lea todas las instrucciones al dorso

TEMPORADA 2016/2017

NOMBRE:.....

APELLIDOS:.....

FECHA DE NACIMIENTO:..... **EDAD:**.....

PESO:.....

TALLA:.....

Tfno contacto:..... **Mail de contacto:**.....

Días y Horas preferentes para cita:.....

MATRICULADO EN LA ESCUELA/S DE:

DEPORTE

DIAS

HORARIO

INSTALACION

¿Tiene alguna alergia?
Indique cuál:

SI / NO

¿Está operado de algo?
Indique de qué:

SI / NO

¿Toma algún medicamento de forma habitual?
Indique cuál:

SI / NO

¿Padece alguna enfermedad cardiorespiratoria?
Indique cuál:

SI / NO

¿Padece algún trastorno de tipo locomotor? Espalda, rodillas, ...
Indique cuál:

SI / NO

¿Está realizando algún tipo de dieta?
¿De qué tipo?

SI / NO

Observaciones de los padres: (si usted tiene algo que añadir acerca de su hijo que nuestro médico deba saber escríbalo aquí): _____

Mi hijo/a:

___NO padece ninguna patología física o psíquica conocida

___SI padece alguna patología médica controlada por mi médico/pediatra (adjunto informe o detalle características arriba en observaciones)

Y **SI / NO** (tache lo que no proceda) doy mi permiso para que se le realice la revisión médico-deportiva durante la actual temporada, que consistirá en una historia clínica para detección de factores de riesgo, exploración general por aparatos (cardiopulmonar, locomotor, ORL), peso, talla, tensión arterial, espirometría y electrocardiograma en reposo, y una valoración de la aptitud física consistente en un pequeño test de esfuerzo, todo ello realizado por la Médico de la Concejalía de Deportes de Alicante. Los niños deben venir en reposo, o sin haber practicado deporte alguno en las 2 horas anteriores y con ropa cómoda. No está permitida la entrada con comida al botiquín. Las citas se dan previas a las clases deportivas, por favor, sean puntuales para no molestar a otros alumnos ni entorpecer las clases. Podrá entrar sólo un padre (o acompañante tutor) con el niño/a.

Nombre del padre/tutor:

DNI:

Firma:

Las revisiones médicas se irán programando mensualmente, se le citará mediante llamada telefónica, si está muy interesada en pasar la revisión puede solicitarla al entregar el formulario, es indispensable que rellene este formulario y lo entreguen a su monitor o dejarlo en recepción del Estadio de Atletismo o de la Piscina Monte Tossal (puede hacerlo en sobre cerrado si así lo desea). Si su hijo es considerado APTO para realizar el deporte en el que está matriculado se lo haremos saber el mismo día de la revisión, si es considerado NO APTO o existiera alguna alteración lo hablaríamos ese día y buscaríamos la solución adecuada. Si usted tuviera alguna información que quisiera compartir con la doctora pero no quiere escribirla en este formulario o tiene alguna pregunta, duda o sugerencia, existen hojas de consulta para nuestra médico en la recepción de nuestras instalaciones. Las revisiones se realizarán en el Despacho Médico del Estadio de Atletismo (1ª planta).