



**Gobierno  
de La Rioja**

Educación, Cultura,  
Deporte y Juventud

Deporte

CENTRO DE TECNIFICACIÓN  
DEPORTIVA DE LA RIOJA

C/ Las Norias s/n (ADARRAGA)

Tlfno.: 941242278

26009 LOGROÑO

## **CUESTIONARIO MÉDICO-DEPORTIVO PARA EL RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVIO A LA OBTENCIÓN DE LICENCIA DEPORTIVA**

### **FILIACIÓN**

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Domicilio:

Código Postal:

País:

Correo electrónico:

Apellidos:

Lugar de nacimiento:

DNI, NIF o Tarjeta de Residencia:

Localidad:

Provincia:

Teléfono (padre/madre):

Nacionalidad:

### **DATOS DEPORTIVOS**

Deporte:

Años de práctica de este deporte:

Número de días a la semana de entrenamiento:

Otros deportes o actividades físicas practicadas:

Club:

Horas dedicación diaria:

### **HISTORIA MÉDICA**

**Marca la opción que corresponda con tus antecedentes.**

**Rodea con un círculo las preguntas que no entiendas y explica aquellas a las que contestes afirmativamente.**

#### **ENFERMEDADES**

- |   | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Has padecido alguna enfermedad o lesión desde el último reconocimiento médico?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Padeces alguna enfermedad actual o crónica?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Has permanecido hospitalizado más de 1 día en alguna ocasión?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Te han realizado alguna intervención quirúrgica?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Te han hecho alguna transfusión de sangre?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tomas actualmente algún medicamento, pastillas o utilizas algún inhalador?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Has tomado en alguna ocasión suplementos o vitaminas para ganar o perder peso o mejorar tú rendimiento?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Eres alérgico (al polen, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Has tenido alguna erupción cutánea ("ronchas", etc.) durante o después del ejercicio?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Has perdido el conocimiento durante o después del ejercicio en alguna ocasión?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Te has sentido mareado durante o después del ejercicio en alguna ocasión?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Has sentido dolor en el pecho durante o después del ejercicio en alguna ocasión?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Te cansas más rápidamente que tus compañeros cuando haces ejercicio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Alguna vez has notado que el corazón se acelere más de la cuenta o que falle algún latido?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Has tenido la tensión arterial elevada o el colesterol alto o diabetes o anemia?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Alguna vez te han dicho que tuvieras un soplo de corazón?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Algún miembro de tú familia ha fallecido por problemas de corazón o de forma súbita?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Algún miembro de tu familia ha padecido alguna enfermedad cardiovascular antes de los 50 años?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Has padecido alguna infección viral importante como pericarditis, miocarditis, mononucleosis, u otras similares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Algún médico te ha prohibido ó limitado la práctica deportiva por algún problema?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Tienes algún problema de piel en la actualidad (picor, erupción, verrugas, hongos, ampollas, etc.)?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Has sufrido alguna conmoción o lesión en la cabeza?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿En alguna ocasión has perdido el conocimiento y/o la memoria?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Has tenido algún episodio de convulsiones?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Padeces dolores de cabeza frecuentes y/o intensos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Has tenido alguna vez sensación de adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazo en brazos o piernas?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Gobierno de La Rioja

24. ¿Has tenido algún problema por realizar ejercicio en ambiente caluroso?
25. ¿Has notado tos, pitos ó problemas para respirar durante o después del ejercicio en alguna ocasión?
26. ¿Padeces o has padecido asma?
27. ¿Sufres o has sufrido alergia estacional que requiera tratamiento médico?
28. ¿Tienes o has tenido algún problema de visión?
29. ¿Utilizas o has utilizado gafas o lentillas?
30. ¿Tienes o has tenido problemas dentales como maloclusión, caries, u otro?
31. ¿Tienes o has tenido problemas de audición?
32. ¿Tienes o has tenido problemas para dormir, ansiedad, o algún problema psicológico?
33. ¿Crees que tu alimentación es adecuada?
34. ¿Te gustaría pesar más o menos de lo que pesas en la actualidad?
35. ¿Consumes tabaco y/o alcohol habitualmente?

### LESIONES

36. ¿Has tenido alguna torcedura (esguince), lesión muscular o hinchazón tras una lesión?
37. ¿Has tenido alguna fractura ósea o luxación articular?
38. ¿Has tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones?
39. ¿Utilizas o has utilizado algún tipo de protección o corrección ortopédica distinta de la habitual en tú deporte?

*Si has contestado SI a alguna de las 4 cuestiones anteriores, marca la casilla correspondiente a la zona lesionada y detállalo al final.*

- |                                  |                                 |                                  |                                    |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cabeza  | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Pecho     |
| <input type="checkbox"/> Hombro  | <input type="checkbox"/> Brazo  | <input type="checkbox"/> Codo    | <input type="checkbox"/> Antebrazo |
| <input type="checkbox"/> Muñeca  | <input type="checkbox"/> Mano   | <input type="checkbox"/> Cadera  | <input type="checkbox"/> Muslo     |
| <input type="checkbox"/> Rodilla | <input type="checkbox"/> Pierna | <input type="checkbox"/> Tobillo | <input type="checkbox"/> Pie       |

### SOLO PARA LAS MUJERES

40. ¿Tienes la regla?
41. ¿Tus reglas son regulares?
42. ¿Has tenido alguna falta en la regla de más de 3 meses u otra alteración menstrual?
43. ¿Tienes dolores menstruales que precisen tratamiento?
44. ¿Tienes dolores o bulto en el pecho?
45. ¿Tomas anticonceptivos?
46. ¿A qué edad tuviste la primera regla?:

### CONSENTIMIENTO FIRMADO

D<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

AUTORIZO a que se lleven a cabo las pruebas médicas que sean necesarias para mi valoración médica y de la adecuada adaptación a la práctica deportiva, así como a emitir y entregar un certificado de aptitud para la federación o prueba deportiva correspondiente. Los datos médicos recabados tendrán un carácter estrictamente confidencial, en virtud del artículo 5 de la Ley 15/99 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

<sup>(2)</sup> Firmado:

Si se trata de un menor de edad o persona incapacitada, firmará su Padre, Madre, Tutor o Representante Legal, indicando en (1) el nombre del deportista y en (2) el nombre del firmante.