

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

Junto con este cuestionario se deberán entregar los informes médicos anteriores que puedan aportar información sobre el estado de salud del deportista.

FILIACIÓN

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Sexo:

DNI o NIE:

HISTORIA MÉDICA

Si ya has pasado el reconocimiento médico anteriormente con nosotros comienza el cuestionario desde el apartado 2, en caso de que sea la primera vez comience en el apartado 1. Ambos deberán cumplimentar el apartado de NUTRICIÓN y PODOLOGÍA.

APARTADO 1 (Rellenar sólo los nuevos)

	SÍ	NO
1. ¿Padeces alguna enfermedad actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has permanecido hospitalizado más de 1 día en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Te han realizado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te has hecho alguna transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tomas actualmente algún medicamento, pastillas o utilizas algún inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Padeces asma o algún tipo de alergia (al polen, medicamentos, alimentos, etc.) o 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 tu 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 enfermedades del corazón antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Algún miembro de tu familia ha padecido algún ictus, embolia o trombosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	NO
17. ¿Algún miembro de tu familia tiene o ha tenido la tensión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Eres diabético o algún miembro de tu familia tiene o ha tenido diabetes (azúcar o glucosa en sangre alta), colesterol alto u otras alteraciones en los análisis de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Has padecido alguna infección viral importante como pericarditis, miocarditis, mononucleosis u otras similares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tienes algún problema de piel en la actualidad (picor, erupción, verrugas, hongos, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Has sufrido alguna conmoción o lesión en la cabeza con pérdida de conocimiento y/o la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Has tenido algún episodio de convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Padeces dolores de cabeza frecuentes y/o intensos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Has tenido alguna vez sensación de adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazo en brazos o piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Has tenido problemas por realizar ejercicio en ambiente caluroso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Has notado tos, pitos o problemas para respirar durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Tienes o has tenido problemas de visión? ¿Utilizas o has utilizado gafas o lentillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Tienes o has tenido problemas dentales (maloclusión, caries, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Tienes o has tenido problemas de audición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Tienes o has tenido problemas para dormir, ansiedad o algún problema psicológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Consumes tabaco, alcohol y/o alguna droga habitualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Qué lesiones deportivas has tenido?		
<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		

SOLOS PARA LAS MUJERES

33. ¿Tienes la regla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Tus reglas son regulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Has tenido alguna falta en la regla de más de 3 meses u otra alteración menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Tienes dolores menstruales que precisen tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Tienes dolores o bulto en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Usas algún método anticonceptivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Has tenido algún embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿A qué edad tuviste la primera regla? _____		

APARTADO 2 (En caso de haber rellenado en apartado 1, NO rellenar este)

SÍ **NO**

41. ¿Actualmente estás lesionado?

Desde el último reconocimiento médico,

42. ¿Has tenido alguna lesión?

43. ¿Te han realizado alguna intervención quirúrgica?

44. ¿Has estado ingresado por alguna enfermedad?

45. ¿Eres diabético?

46. ¿Eres asmático?

47. ¿Tienes alguna alergia nueva?

48. ¿Has tenido problemas respiratorios?

49. ¿Tienes problemas para dormir (ansiedad, etc.)?

50. ¿Estás tomando alguna medicación?

51. ¿Has perdido el conocimiento en alguna ocasión?

52. ¿Has sufrido algún episodio de convulsiones?

53. ¿Has sentido mareos en alguna ocasión?

54. ¿Has sentido dolor en el pecho en algún momento?

55. ¿Has notado que el corazón se acelere más de la cuenta?

56. ¿Te han diagnosticado un soplo en el corazón?

57. ¿Algún familiar ha sufrido problemas cardíacos (infarto, ictus, etc.)?

58. ¿Ha fallecido algún familiar por problemas cardíacos (infarto, ictus, etc.)?

NUTRICIÓN

59. ¿Cuántas comidas realizas al día?

- A. De 3 a 5 comidas.
- B. Menos de 3 comidas.

60. ¿Cómo dirías que es tu desayuno?

- A. Alimentos sin procesar o mínimamente procesado como pan, tostadas, tomate natural, fruta fresca, yogur, leche, aceite, etc.
- B. No desayuno, o Desayuno bollería industrial (galletas, Bollycaos, palmeras, zumo envasado ...).

61. ¿Cuántas piezas de fruta sin incluir zumos consumes al día?

- A. Más de 3 piezas de fruta.
- B. Menos de 3 piezas de fruta.

62. ¿Qué sueles merendar?

- A. Bocadillo, alimentos sin procesar o mínimamente procesados como frutos secos, yogur, fruta ...
- B. No meriendo o meriendo bollería industrial como barritas energéticas o de cereales Bollycaos, panteras rosas, etc.

63. ¿Dónde comes habitualmente?

- A. En casa.
- B. En el colegio o fuera de casa.

64. ¿Cuánta agua consumes al día?

- A. De 1,5 a 2,5 litros de agua al día.
- B. Menos de 1,5 litros al día.

65. ¿Tomas a diario bebidas azucaradas (refrescos), bebidas energéticas o bollería industrial?

- A. Sí.
- B. No.

66. ¿Tu comida favorita?

- A. Alimentos sin procesar o mínimamente procesados como pasta, legumbres, pizzas caseras, etc.
- B. Alimentos ultra - procesados como “comida rápida” pizzas, hamburguesas industriales, etc.

67. ¿Tienes en cuenta qué comes cuando vas a ir a entrenar?

- A. Sí.
- B. No.

68. ¿Comes algo después de entrenar?

- A. Sí.
- B. No.

69. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que comes/meriendas hasta que entrenas?

- A. Más de 3 horas.
- B. Menos de 3 horas.

PODOLOGÍA

70. Selecciona el tipo de terreno sobre el que entrenas y/o juegas habitualmente:

- Moqueta
- Tierra
- Césped artificial
- Césped natural

71. Selecciona (redondeando) el tipo de bota que sueles usar en función al número de tacos:



