

**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: .....  
Fecha de nacimiento: .....  
Sexo: .....  
Nº Teléfono:.....

Apellidos: .....  
Lugar de nacimiento: .....  
DNI o NIE: .....

**HISTORIA MÉDICA**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
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. ¿Tomas actualmente algún medicamento, pastillas o utilizas algún inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Padeces asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Padeces algún tipo de alergia?	<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. ¿Algún episodio de mareo ó dolor en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez has notado que el corazón se acelere más de la cuenta o que falle algún latido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Has tenido la tensión arterial elevada o el colesterol alto o anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez te han dicho que tuvieras un soplo de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Algún familiar ha sufrido problemas de corazón? (infarto, ictus, muerte súbita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿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"/>
14. ¿Tienes algún problema de piel en la actualidad (picor, erupción, verrugas, hongos, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Has tenido algún episodio de convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Padeces dolores de cabeza frecuentes y/o intensos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Has tenido alguna vez sensación de adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazo en brazos o piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Has notado tos, pitos o problemas para respirar durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Tienes o has tenido problemas de visión? ¿Utilizas o has utilizado gafas o lentillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tienes o has tenido problemas dentales (maloclusión, caries, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Tienes o has tenido problemas de audición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Tienes o has tenido problemas para dormir, ansiedad o algún problema psicológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Consumes tabaco, alcohol y/o alguna droga habitualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. ¿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       |

### **SOLO PARA LAS MUJERES**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 25. ¿Tienes la regla?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿Tus reglas son regulares?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Has tenido alguna falta en la regla de más de 3 meses u otra alteración menstrual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿Tienes dolores menstruales que precisen tratamiento?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ¿Tienes dolores o bulto en el pecho?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ¿Usas algún método anticonceptivo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. ¿Has tenido algún embarazo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. ¿A qué edad tuviste la primera regla? _____   |                          |                          |

### **NUTRICIÓN**

- ¿Cuántas comidas realizas al día?
  - De 3 a 5 comidas.
  - Menos de 3 comidas.
- ¿Cómo dirías que es tu desayuno?
  - Alimentos sin procesar o mínimamente procesado como pan, tostadas, tomate natural, fruta fresca, yogur, leche, aceite, etc.
  - Desayuno bollería industrial (galletas, Bollycaos, palmeras, zumo envasado ...).
  - No desayuno.
- ¿Cuántas piezas de fruta sin incluir zumos consumes al día?
  - Más de 3 piezas de fruta.
  - Menos de 3 piezas de fruta.
- ¿Qué sueles merendar?
  - Bocadillo, alimentos sin procesar o mínimamente procesados como frutos secos, yogur, fruta ...
  - Meriendo bollería industrial como barritas energéticas o de cereales Bollycaos, panteras rosas, etc.
  - No meriendo.



### **CONSENTIMIENTO FIRMADO**

Don/Doña <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ **AUTORIZO** a que se lleven a cabo las pruebas médicas que sean necesarias para la siguiente valoración médica y de la adecuada adaptación a la práctica deportiva. Los datos médicos recabados tendrán un carácter estrictamente confidencial.

Cumpliendo con la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que, con su firma, usted (o su tutor legal, o representante legal) otorga el consentimiento para que sus datos personales formen parte de los tratamientos de la FEDERACION CANTABRA DE FUTBOL, con C.I.F. Q8955033I, y con domicilio en la CL MARQUES DE LA HERMIDA Nº14 1 39009 SANTANDER (CANTABRIA), con la finalidad de llevar a cabo el reconocimiento médico previo a la obtención de la licencia deportiva. Le informamos que los datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para cumplir con los preceptos mencionados con anterioridad, y trataremos sus datos conforme a la existencia de su consentimiento. A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos, dirigiéndose por escrito a la dirección de correo [dpd.cliente@conversia.es](mailto:dpd.cliente@conversia.es) o al teléfono 902 877 192. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente y aplicable en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión (“derecho al olvido”), portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como la revocación del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico [administracion@federacioncantabradefutbol.com](mailto:administracion@federacioncantabradefutbol.com). Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna. FEDERACION CANTABRA DE FUTBOL informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos de las finalidades mencionadas anteriormente.

### **Nombre, DNI y firma <sup>(2)</sup>**

**En el caso de los menores de edad o persona incapacitada, deberá firmar el padre, madre o tutor legal, indicando en (1) el nombre del deportista y en (2) el nombre del firmante junto con su DNI.**