

Llinatges					Nom			
Adreça				Població			CP	
Tel.			Club			Esport		
Data de naixement				DNI				
Adreça electrònica								

**LES DADES D'AQUEST QÜESTIONARI SÓN CONFIDENCIALS
AQUEST QÜESTIONARI NO SUBSTITUEIX L'EXAMEN ESCOLAR NI PEDIÀTRIC**

ANTECEDENTS FAMILIARS (MOLT IMPORTANT)

	SÍ	DETALLAU-HO
1. Qualque familiar directe ha mort de forma sobtada (inesperadament) abans dels 50 anys per una causa cardíaca?		
2. Han diagnosticat alguna cardiopatia isquèmica o una altra malaltia cardíaca abans dels 50 anys a algun familiar directe?		

ANTECEDENTS PERSONALS

3.	Heu tingut o teniu:	SÍ	DETALLAU-HO
	Mareigs, desmaigs en repòs o en exercici?		
	Dolor al pit quan feis exercici?		
	Epilèpsia?		
	Palpitacions?		
	Tremolors?		
	Dolor a les articulacions, tendons, esquinços?		
	Al·lèrgia a alguna cosa?		
	Alguna malaltia recurrent o perllongada (de més d'una setmana)?		
	Buf cardíac?		
	Alteracions de la columna vertebral?		
	Asma?		
	Diabetis?		
	Hospitalitzacions?		
	Operacions?		
	Ús d'ulleres o lents de contacte?		
	Quan començàreu a fer esport?		
Entrenament actual. Esports i hores	ESPORT	HORES PRACTICADES PER SETMANA	

En compliment del que es disposa en el Reglament (UE) 679/2016 de protecció de dades de caràcter personal, informam que totes les dades de caràcter personal que subministreu per escrit al personal d'aquest servei es poden incloure en un o més fitxers, la responsabilitat de les quals correspon al Servei de Medicina de l'Esport del Consell de Mallorca. Les finalitats del tractament d'aquestes dades que fa el personal són: d'una banda, la prestació efectiva dels serveis mèdics convinguts i, de l'altra, la gestió de la informació mèdica.

Per a la gestió eficaç del servei, cal que el pacient faciliti les dades reals i correctes, i que es comprometi a comunicar-ne qualsevol modificació al Servei Mèdic del Consell de Mallorca. El pacient té la possibilitat d'exercir els drets d'accés, de rectificació i de cancel·lació de les dades, per la qual cosa es pot adreçar per escrit a aquest Servei, que té el domicili al carrer del General Riera, 111, de Palma.

A LEGAL

SIGNATURA TUTOR/

DNI:

DATA:

Apellidos					Nombre		
Dirección				Población			C.P.
Tel.			Club			Deporte	
Fecha nacimiento			DNI				
e-mail							

LOS DATOS DE ESTE CUESTIONARIO SON CONFIDENCIALES

ESTE CUESTIONARIO NO SUBSTITUYE EL EXAMEN ESCOLAR NI PEDIÁTRICO

ANTECEDENTES FAMILIARES (MUY IMPORTANTE)

	SI	DETALLAR
1.- ¿Algún familiar directo ha muerto de forma súbita (de repente e inesperadamente) antes de los 50 años de causa cardíaca?		
2.- ¿Algún familiar directo ha sido diagnosticado de cardiopatía isquémica u otra enfermedad cardíaca antes de los 50 años?		

ANTECEDENTES PERSONALES

3.- Ha tenido o tiene:	SI	DETALLAR
¿Mareos, desmayos en reposo o en ejercicio?		
¿Dolor en el pecho con el ejercicio?		
¿Epilepsia?		
¿Palpitaciones?		
¿Temblores?		
¿Dolor en las articulaciones, tendones, esquinces?		
¿Alergia a alguna cosa?		
¿Alguna enfermedad recurrente o larga (de más de una semana)?		
¿Soplo cardíaco?		
¿Alteraciones de la columna vertebral?		
¿Asma?		
¿Diabetes?		
¿Hospitalizaciones?		
¿Operaciones?		
¿Uso de gafas o lentes de contacto?		
¿Edad de comienzo en el deporte?		

Entrenamiento actual. Deportes y horas	DEPORTE	HORAS PRACTICADAS POR SEMANA

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (U.E.) 679/2016 de Protección de Datos de carácter personal, informamos que todos los datos de carácter personal que suministre por escrito al personal de este servicio, podrán ser incluidos en uno o más archivos, cuya responsabilidad corresponde al Servicio de Medicina del Deporte del Consell de Mallorca. Las finalidades del tratamiento efectuado por esta son la efectiva prestación de los servicios médicos así como la gestión de la información médica.

Para la correcta gestión del servicio, es necesario que el paciente facilite los datos veraces y correctos, y que se comprometa a comunicar al Servicio Médico del Consell de Mallorca cualquier modificación de las mismas. El paciente tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los datos. Se puede dirigir por escrito al Servicio Médico, con domicilio en General Riera, 111, Palma de Mallorca.

TUTOR/A LEGAL

FIRMA

D.N. I.:

FECHA: