

INFORME MÉDICO PARA DEPORTISTAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

- Este formulario se usará para informar sobre la discapacidad de un deportista de acuerdo con las regulaciones sobre la clasificación de remo adaptado (Para-rowing) de la Federación Internacional de Remo (FISA).
- Debe ser cumplimentado en su totalidad y firmado por un médico colegiado.
- El formulario rellenado, junto con la documentación que se requiere para cada tipo de discapacidad, debe ser enviado por e-mail a pzapico.ovimed@gmail.com.

Por favor, complete este formulario en español y en mayúsculas.

Con el fin de clasificar de forma correcta a los deportistas, todos los formularios requeridos deben estar completos, recibirse antes del proceso de clasificación y se acompañarán de los resultados de aquellos test o pruebas que puedan ser de utilidad. La fecha final para la recepción de los formularios será el miércoles 16 de octubre, anterioridad a las 12:00 horas, y remitido a la dirección de correo electrónico citado.

1. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA

Apellidos: _____

Nombre: _____

Sexo: Mujer Hombre Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____

Federación Autonómica: _____

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Tomando en consideración que para ser elegible para el remo adaptado (para-remo), un atleta debe tener una discapacidad que sea el resultado directo de un estado de salud el cual ha resultado en una limitación de la actividad permanente y verificable.

Estado de salud (Diagnóstico) Código(s) ICD-9 _____ o Código(s) ICD-10: _____

Fecha de inicio del problema: _____ Edad del atleta en ese momento: _____

Nombre del deportista: _____ Federación autonómica: _____

Discapacidades

Marque sobre la caja o cajas de abajo indicando qué tipo o tipos de discapacidad tiene el atleta que ha resultado en una permanente y verificable limitación de la actividad.

Tipo de discapacidad permanente y verificable	Ejemplos de problemas de salud (diagnósticos) más probables que causan dicha discapacidad	Documentación y/o test adicionales que soportan el diagnóstico y que son obligatorios (*) o que deberán ser presentados si así se solicitan.
<input type="checkbox"/> Deterioro de la fuerza muscular	Daño en la espina dorsal, distrofia muscular, daño en el plexo braquial, parálisis de Erb, polio, espina bífida, síndrome Guillain-Barre.	Resultados de la prueba muscular manual* EMGs: velocidad de la conducción nerviosa.
<input type="checkbox"/> Deterioro en el rango de movimiento	Artrogriposis, anquilosis, post-quemaduras, contracturas articulares	Medidas goniométricas*; rayos X
<input type="checkbox"/> Deficiencias en las extremidades	Amputaciones resultado de un trauma o de una deficiencia congénita en las extremidades.	Fotografía de la extremidad afectada*
<input type="checkbox"/> Hipertonía	Parálisis cerebral, derrame cerebral, daño cerebral, esclerosis múltiple	Resultados de la prueba muscular manual Testeo de la coordinación
<input type="checkbox"/> Ataxia	Ataxia resultado de la parálisis cerebral, daño cerebral, ataxia de Friedrich, esclerosis múltiple, ataxia espinocerebelosa	Resultados de la prueba muscular manual Testeo de la coordinación
<input type="checkbox"/> Atetosis	Parálisis cerebral, derrame cerebral, daño cerebral	Resultados de la prueba muscular manual Testeo de la coordinación
<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	Miopía, visión de túnel, escotoma, retinitis pigmentosa, glaucoma, catarata congénita, degeneración macular	Formulario médico completo de la IBSA * (ver enlace en http://www.worldrowing.com/mm/Document/General/General/12/68/10/2013_06_13_Medical_Diagnostics_Form_for_Athletes_with_Visual_Impairments_Neutral.pdf)

Síntesis del historial médico

Nombre del deportista: _____ Federación autonómica: _____

Posibles procedimientos médicos futuros relacionados con la presente discapacidad.

Medicación prescrita:

Alergias:

Nombre del deportista: _____ Federación autonómica: _____

3. POR FAVOR, ADJUNTE CUALQUIER TEST DE DIAGNÓSTICO RELEVANTE

4. DECLARACIÓN DEL FACULTATIVO MÉDICO

<input type="checkbox"/> Certifico que lo arriba mencionado es médicamente apropiado
Nombre:
Especialidad médica:
Número de colegiado:
Dirección:
Ciudad:
Teléfono:
E-mail:
Firma:
Fecha: _____

Es responsabilidad del deportista enviar una copia de este informe médico y de toda la documentación relevante a la CLÍNICA OVIMED (OVIEDO MEDICINA DEPORTIVA SL), a través del correo electrónico pzapico.ovimed@gmail.com

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de un fichero titularidad de la CLÍNICA OVIMED (OVIEDO MEDICINA DEPORTIVA SL), dado que será la empresa responsable de realizar la recogida y análisis de la información médica, con la finalidades exclusivas que se derivan de este proceso de clasificación de remo adaptado, así como la gestión de tipo administrativa necesaria para estos servicios. Asimismo, se informa también sobre la eventual cesión de los referidos datos por parte de la CLÍNICA OVIMED (OVIEDO MEDICINA DEPORTIVA SL) a favor de la Federación Española de Remo para que el proceso de clasificación pueda concretarse con la valoración por parte de un clasificador técnico de la Federación Española de Remo, con el objetivo final de determinar la clase deportiva de cada deportista, siempre y cuando fuera considerado elegible.

El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido a CLÍNICA OVIMED (OVIEDO MEDICINA DEPORTIVA SL), C/ FUERTES ACEVEDO 36, BAJO – 33006 OVIEDO (ASTURIAS) o bien a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.