

## Anexo I

# FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO PARA DEPORTISTAS CON DEFICIENCIAS FÍSICAS

- Este formulario se usará para informar sobre la discapacidad de un deportista de acuerdo con las regulaciones sobre la clasificación de Para-Remo de la Federación Española de Remo (FER).
- Debe ser cumplimentado en su totalidad y firmado por un médico colegiado.
- El formulario relleno, junto con la documentación que se requiere para cada tipo de discapacidad, debe ser enviado por e-mail a [pzapico.ovimed@gmail.com](mailto: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 15 días antes de la fecha de la clasificación, 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: \_\_\_\_\_

**Deficiencia**

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 deficiencia 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"/> Deficiencia en la potencia 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*<br>EMGs: velocidad de la conducción nerviosa.   |
| <input type="checkbox"/> Deficiencia en el rango de movimiento pasivo | Artrogriposis, anquilosis, post-quemaduras, contracturas articulares  | Medidas goniométricas*; rayos X  |
| <input type="checkbox"/> Deficiencia de 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<br>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<br>Testeo de la coordinación   |
| <input type="checkbox"/> Atetosis                                     | Parálisis cerebral, derrame cerebral, daño cerebral   | Resultados de la prueba muscular manual<br>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 <a href="http://www.worldrowing.com/mm/Document/General/General/12/68/10/2013_06_13_Medical_Diagnostics_Form_for_Athletes_with_Visual_Impairments_Neutral.pdf">http://www.worldrowing.com/mm/Document/General/General/12/68/10/2013_06_13_Medical_Diagnostics_Form_for_Athletes_with_Visual_Impairments_Neutral.pdf</a> ) |

Síntesis del historial médico

Nombre del deportista: \_\_\_\_\_ Club: \_\_\_\_\_

Posibles procedimientos médicos futuros relacionados con la presente discapacidad.

Medicación prescrita:

Alergias:

**3. POR FAVOR, ADJUNTE CUALQUIER TEST DE DIAGNÓSTICO RELEVANTE****4. DECLARACIÓN DEL FACULTATIVO MÉDICO**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Certifico que lo arriba mencionado es médicamente apropiado</b> |
| 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](mailto: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.