

CODI	DATA	CENTRE		
LLINATGES				NOM
ADREÇA				CP
TELÈFON	CLUB ESCOLA	ESPORT	POBLACIÓ	CODI
DATA NÀIXEMENT	DNI			

NO OMPLIU LES CASELLES DE COLOR BLANC.

**LES DADES D'AQUEST QÜESTIONARI SÓN CONFIDENCIALS.
AQUEST QÜESTIONARI NO SUBSTITUEIX L'EXAMEN ESCOLAR, PEDIÀTRIC O GERIÀTRIC.**

ANTECEDENTS FAMILIARS (MOLT IMPORTANT)

- | | SÍ | OBSERVACIÓ |
|---|--------------------------|------------|
| 1.- Algun familiar directe ha mort de forma prematura (sobtadament i inesperada) abans dels 50 anys per causa cardíaca? | <input type="checkbox"/> | |
| 2.- A algun familiar directe li han diagnosticat cardiopatia isquèmica o altra malaltia cardíaca abans dels 50 anys? | <input type="checkbox"/> | |

ANTECEDENTS PERSONALS

- | | SÍ | OBSERVACIÓ |
|---|--------------------------|------------|
| 3.- Heu tingut o teniu: | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Mareigs, desmais en repòs o en exercici?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Dolor al pit durant l'exercici?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Convulsions, atacs o mals de cap freqüents?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Epilèpsia?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Fatiga o cansament fàcil?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Palpitacions?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Tremolors?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Inflamació o dolor a les articulacions?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Alguna insolació forta?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Al·lèrgia a alguna cosa?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Alguna malaltia recurrent o perllongada (de més d'una setmana)?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Buï cardíac o hipertensió arterial?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Febre reumàtica?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Anèmia o hemofília?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Alteracions de la columna vertebral?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Asma?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Diabetis?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Hèmia?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Dolor freqüent o molèsties a l'esquena o membre inferior en caminar o córrer?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Lesió esportiva que necessiti tractament (fractura, luxació, esquinç, desgarrament, altres)?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Lesió de genoll o turmell?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Cop fort al cap o pèrdua de coneixement pel cop (commoció)?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Hospitalitzacions?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Operacions?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Manca o problemes d'ull, ronyó, o testicle?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Ús d'ulleres o lents de contacte?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Pròtesis a ull, boca o orella?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Cotilla o aparell ortopèdic?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Edat primera menstruació?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Data de l'última vacunació antitetànica?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Edat de començament de l'esport?</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Hores per setmana d'entrenament?</i> | <input type="checkbox"/> | |

En compliment del que es disposa en la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, 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 dels 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 al Servei Mèdic del Consell de Mallorca qualsevol modificació d'aquestes. El pacient té la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació i cancel·lació de les dades, per la qual cosa es pot adreçar per escrit al dit Servei Mèdic, que té el domicili al carrer del General Riera, 111, de Palma.

Signatura (pare / tutor)