

DOCUMENTO INFORMATIVO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ERGOMETRÍA O PRUEBA DE ESFUERZO**1.- ¿Qué es?**

Es una prueba para la valoración funcional del deportista y en casos de pacientes con problemas cardiológicos es una prueba con fines diagnósticos.

2.- ¿Para qué sirve?

Para la evaluación y control de las capacidades funcionales en sujetos sanos que practican actividad física y permite estudiar la respuesta del corazón al ejercicio físico controlado.

3.- ¿Cómo se realiza?

Existen distintos protocolos según el deporte, categoría y modalidad deportiva.

Durante la prueba se controla frecuencia cardíaca, electro, ventilación, gases, potencia o velocidad y si fuese necesario presión arterial.

4.- ¿Qué riesgos tiene?

En personas sanas el riesgo no es significativo, pero en cardiópatas el riesgo de accidente grave o muerte es de 1 de cada 10.000.

Pueden existir síntomas (mareo) o signos (hipertensión arterial) que cederán o desaparecerán al cesar la actividad física.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, debido a situaciones clínicas y circunstancias particulares de los pacientes, son excepcionales en deportistas sanos.

Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería están capacitados y disponen de los medios para tratar de resolverlas.



SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

Indicar provincia donde quiere que se realice el reconocimiento:

Nombre y apellidos:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Nº de teléfono:

Modalidad deportiva:

Categoría por edad:

Nivel (1):

Motivo de la petición (2):

Federación Andaluza de:

* Todos los campos deben ser completados, en caso contrario la solicitud será devuelta.

En _____ a _____ de _____ de 2

Fdo:

(Imprescindible: nombre, apellidos, cargo federativo y el sello de la federación)

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Centro Andaluz de Medicina del Deporte (CAMD) le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. La utilización que hará el CAMD de los datos que nos facilita, será únicamente la destinada a cumplir los fines del CAMD (Asistencia y de investigación).

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica D. _____, manifiesta que tiene el consentimiento expreso del interesado para facilitar al CAMD los datos personales de éste.

(1) Nivel:

Plan de Deporte de Alto Rendimiento:

Programa Alto Rendimiento

Programa Estrella Elite / Base Andalucía

Plan de Deporte Federado

Programa de Tecnificación

Plan Andalucía Olímpica

Plan Paralímpicos Andaluces

(2) Motivo de la petición:

Reconocimiento de Aptitud Deportiva. Realización de un reconocimiento médico dirigido a establecer el estado de salud del deportista, detectar posibles contraindicaciones y establecer recomendaciones para la práctica saludable de ejercicio físico.

Consulta Aparato locomotor. Diagnóstico y orientación terapéutica del deportista lesionado. Para ser atendido el deportista deberá acudir previamente a su mutua deportiva (excepto deportistas pertenecientes a Programas de Rendimiento), por tanto la solicitud deberá ir acompañada de informe médico previo, en caso contrario la misma será devuelta.

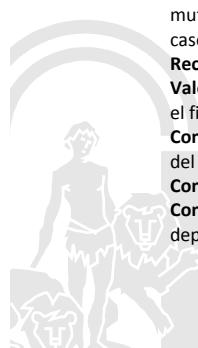
Reconocimiento de Aparato locomotor. Realización de un estudio de aparato locomotor con el objetivo de descartar anomalías y prevenir lesiones.

Valoración Específica del Rendimiento (Resistencia - Fuerza). Obtención de datos médicos relacionados con el grado de adaptación al ejercicio del deportista con el fin de que puedan ser aplicados a la programación de las cargas óptimas de entrenamiento.

Consulta de Nutrición y Composición Corporal. Análisis de la dieta del deportista y de su composición corporal con el objetivo de optimizar ambas para la mejora del rendimiento deportivo.

Consulta Biomecánica. Análisis de la técnica deportiva mediante filmación del movimiento para la mejora del gesto y la prevención de lesiones.

Consulta de Medicina Interna. Consulta médica destinada al diagnóstico y orientación médica-deportiva de las enfermedades del deportista, diferentes a la lesión deportiva.



D./D^a: _____ con D.N.I./Pasaporte nº: _____

D/D^a: _____ con DNI/Pasaporte nº: _____
como representante legal (padre/madre/tutor) de D.

Doy mi consentimiento para ser sometido a

Una prueba de esfuerzo con el fin de evaluar su capacidad funcional o diagnóstico cardiológico.

Otros _____

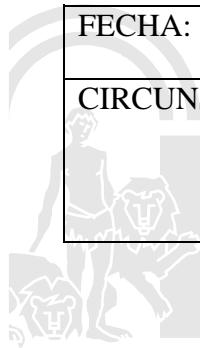
Para ello, declaro no tener conocimiento de que padezca ninguna enfermedad que lo contraindique y haber sido informado del protocolo a realizar y de los posibles riesgos que este tipo de pruebas implican.

Asimismo, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999, de 13 de Diciembre, **autorizo** al Centro Andaluz de Medicina del Deporte al uso reglamentario con fines asistenciales de mis datos personales y reservándome los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos.

FECHA:	FIRMA
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:	

FECHA:	FIRMA
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:	

FECHA:	FIRMA
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:	



CONSENTIMIENTO INFORMADO/ DATOS DE FILIACIÓN

FECHA: N° HISTORIA
APELLIDOS: NOMBRE:
DIRECCIÓN:
CIUDAD: CÓDIGO POSTAL:
PROVINCIA: PAÍS:
E-MAIL: TELÉFONOS:
FECHA DE NACIMIENTO: DNI:
DEPORTE: MODALIDAD:
PUESTO: CATEGORÍA:
PROGRAMA-NIVEL: ENTRENADOR:

DATOS GENERALES DEL CLUB O FEDERACIÓN

1.-NOMBRE: 2.-TELÉFONOS:
3.-DIRECCIÓN:
4.-CIUDAD: 5.-PROVINCIA:
6.-CÓDIGO POSTAL: 7.-E-MAIL:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Centro Andaluz de Medicina del Deporte le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado denominado “Historiales Médico Deportivos”.

Los datos obtenidos por la realización de las pruebas, exploraciones y estudios efectuados se cederán a su Federación/ Club, para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con las funciones legítimas de los mismos en relación con el cedente.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme al procedimiento reglamentariamente establecido, se le informa que puede ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación de datos ante el organismo dirigiéndose a:

**Centro Andaluz de Medicina del Deporte
Glorieta Beatriz Manchón
Isla de la Cartuja, s/n
41092 Sevilla**

De todo lo cual manifiesta quedar informado y dar su consentimiento SI NO, mediante la firma del presente documento/impreso/formulario.

En , a de de 20
(Firma)

**En los casos de menores de edad, nombre y apellidos del firmante (padre, madre, tutor legal) y DNI.
PADRE/TUTOR: D.N.I:**

