

Reconocimiento Basal, que consta de:

Historia clínica.
Exploración del aparato cardio-respiratorio.
Exploración del aparato locomotor.
Medidas antropométricas (Talla, Peso, IMC, Índice cintura/cadera).
ECG basal doce derivaciones.

Precio unitario **35,00 €**

Reconocimiento Completo Tipo A, que consta de:

Historia clínica.
Exploración del aparato cardio-respiratorio.
Exploración del aparato locomotor.
Medidas antropométricas (Talla, Peso, IMC, Índice cintura/cadera).
ECG basal doce derivaciones.
Prueba de esfuerzo convencional.

Precio unitario **60,00 €**

Reconocimiento Completo Tipo B, que consta de:

Historia clínica.
Exploración del aparato cardio-respiratorio.
Exploración del aparato locomotor.
Cineantropometría.
Espirometría.
ECG basal doce derivaciones.
Prueba de esfuerzo convencional.

Precio unitario **70,00 €**

Reconocimiento Completo Tipo C, que consta de:

Historia clínica.
Exploración del aparato cardio-respiratorio.
Exploración del aparato locomotor.
Cineantropometría.
Espirometría.
ECG basal doce derivaciones.
Prueba de esfuerzo convencional + lactatemia.

Precio unitario **120,00 €**

PRECIO CON CONVENIO: - 50%

FORMA DE PAGO: TRANSFERENCIA BANCARIA (CCM)

Nº DE CUENTA: 2105 – 0036 – 14 - 1250025204

CONCEPTO: RECONOCIMIENTO MÉDICO-DEPORTIVO + NOMBRE



C. Cultural San Ildefonso
Pso. Cristo de la Vega s/n
45004 Toledo
Tfno.: 925. 25.49.20
Fax: 925.22.49.74
mdeportiva@diputoledo.es

Fecha:// **2.0**....

Nº de Historia:

Apellidos:

Nombre:..... **D.N.I.:**.....

Sexo: **F. de nacimiento:** **Lugar de nacimiento:**

Domicilio:

Localidad: **C.P.:**

Provincia: **Tfno.:**

Profesión: **Deporte:**

Especialidad:

Club: **Federación:**

Entrenador:

Preparador físico: **Nivel o Categoría:**.....

AUTORIZACIÓN

Yo, D./Dña.:autorizo al Equipo Médico del Centro de Medicina Deportiva para que realicen en mi persona los estudios que consideren necesarios para mi evaluación funcional, aceptando los posibles riesgos derivados de los mismos y de los cuales he sido informado. En cualquier momento podré negarme a realizar o proseguir algunas pruebas, lo cual expresaré con claridad.

Firma del interesado:

Toledo adede 2.0....



C. C. San Ildefonso
Pº Cristo de la Vega, s/n
45004 – Toledo
Tfno.: 925 25 49 20

D./Dña.: presidente de la
Federación, Asociación o Club deportivo:
con NIF:, domicilio social en C/
Localidad: C.P.:
y teléfono: ante V.I.:

EXPONE: Que estando interesado en los servicios prestados por el Centro de Medicina Deportiva de la Excma. Diputación de Toledo,

SUPLICA: Tenga a bien admitir la presente solicitud para realizar los reconocimientos médicos deportivos en el Centro de Medicina Deportiva, así como, una reducción del precio público de los mismos para la temporada deportiva 200__ - 200 __.

Toledo, a ____ de _____ de 20__

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN DE TOLEDO

N.º HISTORIA

FECHA: de de 20.....

APELLIDOS:

NOMBRE:

DOMICILIO:

C.P.: TELEFONO:

FECHA DE NACIMIENTO: CATEGORIA:

DEPORTE: NIVEL:

Marque con un donde corresponda:

HISTORIA FAMILIAR

¿Viven los dos padres? SI NO En caso de que alguno haya fallecido diga la causa:

.....

A continuación indique si algún familiar ha tenido o padece en la actualidad alguna enfermedad de las que a continuación se exponen:

		PARENTESCO FAMILIAR	
-Asma	SI NO	.....	.....
-Diabetes	SI NO	.....	.....
-Tensión arterial alta (H.T.A.)	SI NO	.....	.....
-Enfermedad cardiaca	SI NO	.....	.....
-Muerte súbita	SI NO	.....	.....
-Alteraciones de la columna	SI NO	.....	.....
-Otras enfermedades aquí no reflejadas	.....	.....	.....

Diga, aproximadamente, la talla y el peso de:

PADRE: talla cm. peso kg.

MADRE: talla cm. peso kg.

¿Han practicado los padres algún tipo de actividad deportiva de forma habitual?

SI NO

HISTORIA PERSONAL

Indique con un si el/la niño/a ha tenido o tiene alguna de las enfermedades o alteraciones que a continuación se relacionan:

-Escarlatina	SI NO	-Mareos (lipotimias)	SI NO
-Fiebre reumática	SI NO	-Diabetes	SI NO
-Hepatitis	SI NO	-Epilepsia	SI NO
-Asma	SI NO	-Problemas de espalda	SI NO
-Tuberculosis	SI NO	-Alergias	SI NO
-Soplo cardiaco	SI NO		

En caso de padecer alergias, diga a qué es alérgico:

.....

Otras enfermedades aquí no reflejadas:

.....

¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? SI NO

En caso afirmativo, diga de qué ha sido operado:

.....

¿Ha padecido alguna fractura? SI NO

¿Alguna luxación? SI NO

¿Y algún esguince? SI NO

Indique si ha sufrido alguna lesión deportiva:

.....

¿Le han hecho en alguna ocasión un electrocardiograma? SI NO

En caso afirmativo, diga por qué:

.....

¿Usa gafas o lentes de contacto? SI NO

¿Toma algún tipo de medicación? SI NO

¿Cuál?:

AUTORIZACION:

Yo, don/doña,
autorizo al Equipo Médico del Centro de Medicina Deportiva de la Excma. Diputación de Toledo
para que realicen a mi hijo/a
los estudios que consideren oportunos para su evaluación funcional, aceptando los posibles
riesgos derivados de los mismos y de los cuales he sido informado.

En cualquier momento podrá negarse a realizar o proseguir con algunas pruebas, lo cual
expresará con claridad.

Firma del tutor/a

FECHA: de de 200.....

NOMBRE Y APELLIDOS: N.º HISTORIA

NUTRICION Y DIETETICA

DESCRIBA SU ALIMENTACION COMPLETA (INCLUIDAS TODAS LAS BEBIDAS) EN LOS ULTIMOS TRES DIAS:

1) Desayuno

..... Hora:

Comida

.....

..... Hora:

Cena

..... Hora:

Suplementos Horas:

2) Desayuno

..... Hora:

Comida

.....

..... Hora:

Cena

..... Hora:

Suplementos Horas:

3) Desayuno

..... Hora:

Comida

.....

..... Hora:

Cena

..... Hora:

Suplementos Horas:

LA CANTIDAD TOTAL DE LIQUIDOS QUE INGIERE DIARIAMENTE ES:

Menos de 1 litro
Más de 2 litros Entre 1-2 litros

¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?

Tipo de bebida Cantidad
Tipo de bebida Cantidad

¿TOMA CAFE Y/O TE? Cantidad

DESCRIBA CUANTAS VECES HA INGERIDO ALIMENTOS DE LOS SIGUIENTES:

	<u>Diariamente</u>	<u>Semana</u>
1.-Leche y derivados, huevos
2.-Carnes, aves, pescados
3.-Cereales (arroz, pan), pastas
4.-Legumbres, patatas
5.-Hortalizas, verduras
6.-Frutas

¿HACE ALGUNA COMIDA ESPECIAL ANTES DE LA COMPETICION?
.....

DATOS RELATIVOS AL PESO:

¿Cuál es su peso actual?
Su peso más elevado ha sido ¿Cuándo?
Su peso más bajo (de adulto) ha sido ¿Cuándo?
¿Cuál es su peso cuando está en forma?
¿Tiene buen apetito?
¿Ha cambiado de peso recientemente?
¿Sigue algún plan especial de alimentación?

OBSERVACIONES:



C. Cultural San Ildefonso
Pso. Cristo de la Vega s/n
45004 Toledo
Tfno.: 925. 28.77.92
Fax: 925.22.49.74
medicinadeportiva@diputoledo.es

ANALÍTICA:

HEMOGRAMA O SISTEMÁTICO.

BIOQUÍMICA:

Glucosa; Urea; Creatinina;
Sodio; Potasio; Calcio; Cloro; Mg.
GOT; GPT; GGT; LDH;
Fosfatasa alcalina;
Bilirrubina total
Ac. úrico;
Hierro; Ferritina, IST.
Ch Total; Ch HDL, Ch LDL; TG.
PSA.

SISTEMÁTICO DE ORINA



Centro cultural San Idefonso
Pº Cristo de la Vega s/n- 45004-Toledo
Tfno.. 925.28.77.92 – Fax: 925 22 49 74
medicinadeportiva@diputoledo.es

Don/doña

Queda citado/a el día ... / /

a las.. horas.

ACONSEJAMOS LEER ATENTAMENTE LAS RECOMENDACIONES DEL DORSO

RECOMENDACIONES:

- Se ruega puntualidad y avisar en el caso de no poder asistir a la consulta.
- Acuda con la ropa deportiva que normalmente utiliza: pantalón corto, camiseta, zapatillas.
- Es recomendable que aporte análisis de sangre reciente u otras pruebas complementarias.
- No acudir en ayunas.
- El día anterior del reconocimiento ABSTENGASE de entrenar o competir, NO FUME, suprima todo tipo de medicación no fundamental y procure dormir ocho horas.
- Útiles de aseo: toalla, gel...

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

PRUEBA DE ESFUERZO (ERGOMETRÍA).

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento de la PRUEBA DE ESFUERZO (ERGOMETRÍA) al que va a ser sometido y las complicaciones mas frecuentes que ocurren. Este documento trata de explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con el médico todas las dudas que se planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar el consentimiento informado para que podamos realizar dicho procedimiento.

1.- ¿Qué es?

La prueba de esfuerzo es una prueba destinada a la valoración funcional del deportista y a conocer la respuesta cardiovascular al esfuerzo.

2.- ¿En qué consiste?

Consiste en la realización de un ejercicio constante o incremental realizado en tapiz rodante, cicloergómetro,... Durante la prueba se registran distintos datos: mecánicos, ergoespirométricos (registro de gases respiratorios), metabólicos (toma de muestra de sangre capilar) y cardiovasculares (registro electrocardiográfico, registro de la frecuencia cardiaca con pulsómetro y/o toma de tensión arterial). El objetivo inicial es llegar a la máxima capacidad funcional pero los motivos para terminar la prueba pueden ser varios, entre ellos el cansancio físico, la aparición de síntomas, alcanzar una frecuencia cardiaca predeterminada para su edad y sexo, o llegar a un determinado nivel de esfuerzo.

3.- ¿Qué riesgos tiene?

Ocasionalmente y en un pequeño porcentaje de casos, pueden aparecer síntomas como mareo, cansancio, calambres en piernas... u otras complicaciones como dolor torácico, fatiga, hipertensión arterial, palpitaciones, síncope, arritmias ventriculares, que implican la terminación de la prueba. Es excepcional que una complicación deje secuelas. En estos casos se cuenta con los medios necesarios para atender cualquier eventualidad, tanto de personal como de materiales. El riesgo de muerte es excepcional (1 caso por cada 10.000 pruebas) y en su situación este riesgo está superado claramente por los beneficios obtenidos de los datos resultantes.

Antes de firmar el formulario no dude en pedir cualquier información adicional que desee.



C. C. San Ildefonso
Pº Cristo de la Vega, s/n
45004 – Toledo
Tfno.: 925 25 49 20

D./Dña.: presidente de la
Federación, Asociación o Club deportivo:
con NIF:, domicilio social en C/
Localidad: C.P.:
y teléfono: ante V.I.:

EXPONE: Que estando interesado en los servicios prestados por el Centro de Medicina Deportiva de la Excma. Diputación de Toledo,

SUPLICA: Tenga a bien admitir la presente solicitud para realizar los reconocimientos médicos deportivos en el Centro de Medicina Deportiva, así como, una reducción del precio público de los mismos para la temporada deportiva 200__ - 200 __.

Toledo, a ____ de _____ de 20__

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN DE TOLEDO