

Investigación Métodos naturales, S.L.P.

*El reconocimiento médico-deportivo que vamos a realizar a su hijo tiene como objetivo principal valorar su estado de salud en relación a la práctica deportiva. Nos será de gran utilidad que usted cumplimente con tranquilidad este cuestionario (**confidencial, se entregará al personal sanitario**) antes de acudir a su cita.*

Gracias por su colaboración.

Información demográfica

Nº Historia:.....

Fecha:.....

Nombre:.....

Apellidos:.....

DNI/Pasaporte:.....

Fecha de Nacimiento:..... Sexo:.....

Dirección:.....

Ciudad:..... DP:.....

Teléfono:.....

Antecedentes familiares

¿Algún miembro de su familia directa ha sido tratado o padece alguna de las siguientes enfermedades? Identificar el parentesco con el niño (padre, madre, abuelos, hermanos, etc.)

- A. Antecedente de muerte súbita
- B. Diabetes
- C. Enfermedad cardíaca (angina de pecho, infarto de miocardio...)
- D. Accidente cerebro-vascular (derrame cerebral, embolia, infarto cerebral...)
- E. Hipertensión arterial
- F. Obesidad
- G. Alergias, asma
- H. Otros

Antecedentes personales

Sección A

1. Si es alérgico/a a medicamentos, alimentos y otras sustancias, indique los nombres.
2. Si le han comentado que padece alguna enfermedad crónica o importante, indíquelo.

3. Información sobre las veces que ha sido hospitalizado/a
4. Información sobre las intervenciones quirúrgicas a que ha sido sometido/a
5. ¿Toma algún medicamento?

Sección B

OFTALMOLOGÍA

- ¿Usa gafas y/o lentillas? SI ☐ NO ☐

DERMATOLOGÍA

- ¿Ha tenido eczemas o infecciones en la piel? SI ☐ NO ☐

ACCIDENTES

- ¿Ha tenido algún accidente deportivo? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido algún accidente de otro tipo? SI ☐ NO ☐
- ¿Le han quedado secuelas? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido algún traumatismo cráneo-encefálico? SI ☐ NO ☐

APARATO LOCOMOTOR

- ¿Tiene alguna deformidad en el aparato locomotor? SI ☐ NO ☐
- ¿Tiene problemas con ciertos movimientos o al andar? SI ☐ NO ☐
- ¿Tiene problemas de columna? SI ☐ NO ☐
- ¿Utiliza plantillas, correctores ortopédicos,...? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido lesiones deportivas de importancia? SI ☐ NO ☐

CARDIOVASCULAR

- ¿Refiere opresión en el pecho al hacer ejercicio? SI ☐ NO ☐
- ¿Le falta el aire? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha experimentado alteraciones del ritmo cardíaco, como palpitaciones o falta de latidos? SI ☐ NO ☐
- ¿Tiene la tensión arterial alta? SI ☐ NO ☐
- ¿Tiene la tensión arterial baja? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha tenido alguna enfermedad del corazón? SI ☐ NO ☐
- ¿Siente dolores o calambres en las piernas? SI ☐ NO ☐

FUNCIÓN PULMONAR

- ¿Tiene catarros frecuentes? SI ☐ NO ☐
- ¿Tiene crisis de asma? SI ☐ NO ☐

GINECOLOGÍA

- ¿Tiene regularidad en el ciclo menstrual? SI ☐ NO ☐
- ¿Cuándo tuvo la primera regla?años

ENDOCRINOLOGÍA

- ¿Ha variado últimamente su peso corporal de forma considerable? SI ☐ NO ☐
- ¿Padece diabetes? SI ☐ NO ☐
- ¿Padece alguna enfermedad endocrina? SI ☐ NO ☐

SISTEMA NERVIOSO

- ¿Ha tenido convulsiones? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha perdido el conocimiento alguna vez en su vida? SI ☐ NO ☐

HÁBITOS

Especifique las raciones de alimentos que ingiere normalmente por semana

Alimento	Raciones por semana	Recomendado
Legumbres (garbanzos, judías, guisantes, lentejas)		2
Huevos		3
Carne de ave (pavo, pollo)		3
Carne (ternera)		2
Pescado (pescado blanco – gallo, merluza, rape, lubina, sepia, calamar -, pescado azul – atún, bonito, sardina, salmón -)		6
Pasta, cereales, patatas, arroz		7
Fruta		14
Verduras y hortalizas (alcachofas, zanahorias, judías verdes, acelgas, espinacas, espárragos, pepino, puerro, berenjena, calabacín, coliflor)		7
Lácteos (leche, yogur, queso)		7

Hábitos nutricionales

- ¿Toma vitaminas o suplementos nutricionales? SI ☐ NO ☐
- ¿Lleva algún régimen especial de alimentación? SI ☐ NO ☐
- ¿Bebe al menos 1,5 litros de agua al día? SI ☐ NO ☐

➤ ¿Consume café o bebidas con cola habitualmente? SI ☐ NO ☐

➤ ¿Cuándo come habitualmente?

- ☐ Desayuno
- ☐ A media mañana
- ☐ Almuerzo
- ☐ Merienda
- ☐ Cena
- ☐ Después de cenar

Historia deportiva

1. ¿Hace ejercicio físico habitualmente? (al menos 3 días/semana) SI ☐ NO ☐

2. ¿Cuántas sesiones de ejercicio realiza por semana? _____ semanales

3. ¿Cuántos minutos realiza por sesión de ejercicio, por término medio? _____

4. ¿Desde cuándo realiza usted ejercicio regularmente? _____ años

5. Señale las actividades que prefiere realizar cuando hace actividad física:

- a. Carrera, andar, trotar
- b. Correr en cinta
- c. Bicicleta
- d. Balonmano, pádel o squash
- e. Baloncesto
- f. Natación
- g. Tenis
- h. Aeróbic
- i. Otros (especificar) _____

6. ¿Realiza habitualmente estiramientos (antes y después del ejercicio)? SI ☐ NO ☐

7. ¿Realiza períodos apropiados de calentamiento y “vuelta a la calma” antes y después del ejercicio, respectivamente? SI ☐ NO ☐

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

A través de la presente aceptación, presto mi consentimiento o en su caso del menor por mi representado, para que INVESTIGACIÓN DE MÉTODOS NATURALES, SLP con CIF B80223720 con domicilio en SANTA ENGRACIA, 17 – 28010 MADRID, con la finalidad de prestar el servicio médico y dar la correspondiente asistencia médica. Puede acceder, rectificar y suprimir sus datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas, así como a obtener información clara y transparente sobre el tratamiento de sus datos, tal como se explica en la información adicional. Desde INVESTIGACIÓN DE MÉTODOS NATURALES, SLP ponemos el máximo empeño para cumplir con la normativa de protección de datos dado que es el activo más valioso para nosotros. No obstante, le informamos que en caso de que usted entienda que sus derechos se han visto menoscabados, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).