



CENTRE DE GESTIÓ SANITARI I TECNIC SL
Girona Tel. 972 10 13 13
e-mail: info@iesl.cat

Observacions:

Entrat fcf
Entrat Access
Enviat e-mail
Pagat :
Tipo I II

Autorització dades RRMM

(EMPLENAR EN MAJUSCULES I BONA LLETRA **TOTES LES DADES**)

Dades personals Esportista			
Nom	Primer cognom	Segon cognom	DNI/NIE:
Data de naixement:	Sexe: (Home o Dona)	Club:	Esport:

Domicili habitual a l'efecte de notificacions			
Carrer, avinguda, plaça, etc.			Núm., pis, porta
Codi postal	Població	País o província	
Telèfon	Adreça de correu electrònic:		

A _____, ____ d _____ de _____

Signatura pare/mare/tutor

Nota: En cas de no disposar de correu electrònic, farem arribar l'informe del reconeixement mèdic esportiu realitzat al seu club.

De conformitat amb la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), les dades subministrades per vostè mitjançant via telefònica o el formulari disponible en la direcció web nomenada quedessin incorporats en un fitxer automatitzat, el qual serà processat exclusivament amb la finalitat de mantenir la relació contractual amb el client, la realització d'estudis estadístics així com la tramesa de publicitat relativa a CENTRE DE GESTIÓ SANITARI I TECNIC SL. Que serà el seu titular i responsable, i vostè podrà exercir el dret d'accés, rectificació, cancel·lació i revocació del consentiment per a la cessió de les seves dades en els termes previstos en la llei nomenada i en les altres normes que la desenvolupen

Ant. Familiars	Mort sobtada o prematura <input type="checkbox"/> - Cardiopatia familiar proper (angina – iam) <input type="checkbox"/> - Sense interès <input type="checkbox"/> Asmàtic <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Altres <input type="checkbox"/>
Ant. Farmacològic	
Ant personals. Al·lèrgies. Interv. quirúrgiques	Dolor toràcic esforç <input type="checkbox"/> Disnea o fatiga inexplicada d'esforç <input type="checkbox"/> Detecció prèvia buff cardíac <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Al·lèrgies <input type="checkbox"/> Intervencions quirúrgiques <input type="checkbox"/>

Auscultació	Normal <input type="checkbox"/> Murmuri vesicular conservat <input type="checkbox"/> disminuït <input type="checkbox"/> Roncus amb <input type="checkbox"/> sense <input type="checkbox"/> Sibilancies amb <input type="checkbox"/> sense <input type="checkbox"/> Auscultació cardíaca normal <input type="checkbox"/> R1-R2 Normofonètics presents en els 4 focus amb silencis breus <input type="checkbox"/> BUF <input type="checkbox"/> SISTÒLIC FISIOLÒGIC <input type="checkbox"/> DIASTÒLIC <input type="checkbox"/>
--------------------	---

TA repòs _____/_____ ____ x'	TA esforç _____/_____ ____ x'	TA 1' _____/_____ ____ x'
--	---	-------------------------------------

Pes i talla				Perímetres				EMBERGADURA			
Talla	Cm	Pes	kg	Torax insp		Torax exp.		Abdomen			
Perímetres				Forces							
				Má dreta							
Biceps				cm				Ma esquerra			
Canell				cm				Lumbar			
Cuixa				cm							
Turmell				cm				Flexibilitat			

ESPIROMETRIA			Valor
Desviació %			
FVC (Capacitat vital forçada)			
FEV1 (Volum respiratori màxim en el primer segon)			
FVC/FEV1 (Tiffenau modificat)			

ECG	Dins paràmetres Normals <input type="checkbox"/> Ritme sinusal (<input type="checkbox"/> Bradicardia / <input type="checkbox"/> Taquicardia sinusal) <input type="checkbox"/> NO Sinusal / <input type="checkbox"/> ARRITMIA SINUSAL RESPIRATORIA EIX NORMAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dextrorrotació - <input type="checkbox"/> Levorrotació PR Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escurçat - <input type="checkbox"/> Prolongat QRS NORMAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escurçat - <input type="checkbox"/> PROLONGAT BLOQUEIG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> COMPLET - <input type="checkbox"/> INCOMPLET RAMA D <input type="checkbox"/> / E <input type="checkbox"/>
------------	---