



SOLICITUDES DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

Los/as deportistas interesados/as en la petición de algún tipo de reconocimiento médico en las sedes del **Centro Andaluz de Medicina del Deporte (CAMD)**, deberán seguir las siguientes instrucciones:

1.- Los/as deportistas interesados/as remitirán su solicitud a la **Federación** deportiva andaluza correspondiente a su deporte indicando el tipo de consulta o valoración que necesita.

2.- La **Federación**, una vez evaluada la petición y teniendo en cuenta la orientación hacia el alto rendimiento de los Servicios Médicos asistenciales del CAMD, remitirá por escrito, (correo ordinario, electrónico o fax) al **Centro** que por la ubicación territorial corresponda, la solicitud de cita acompañada del formulario adjunto debidamente cumplimentado.

3.- Los **Centros Médicos**, recibidas las peticiones de citas, procederán directamente con los/as deportistas interesados a su confirmación, estableciendo lugar, día y hora para ello.

4.- Una vez atendida la primera cita con un/a deportista, si fueran necesarias otras para revisiones o sesiones de recuperación, no será ya requisito previo la comunicación de la Federación, siempre que el objeto de la consulta continúe siendo el mismo.

5.- Dado el elevado número de demandas de reconocimientos médicos que se producen y a la vista de la actual estructura médico asistencial de los centros, se hace necesario establecer unas prioridades a tener en cuenta para atender las peticiones.

Por ello los/as deportistas incluidos en alguno de los programas que a continuación se detallan, se atenderán con prioridad sobre el resto de peticiones recibidas.

a. Plan de Deporte de Alto Rendimiento

. Programa Alto Rendimiento

. Programa de Rendimiento de base.

. Programa de ligas nacionales.

b. Plan de Deporte Federado

c. Programa de Tecnificación

d. Plan Andalucía Olímpica

e. Plan Paralímpicos Andaluces

6.- Aquellos/as deportistas que teniendo una cita concertada no acudan a ella sin causa justificada, no podrán obtener una nueva cita al menos hasta noventa días después de la fecha de la cita no cumplida.



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 20.....

Fdo.:

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

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 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 (asistenciales y de investigación).

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, la persona arriba firmante manifiesta que tiene el consentimiento expreso del interesado/a para facilitar al CAMD sus datos personales.

(1) Nivel:

Plan de Deporte de Alto Rendimiento:
Programa Alto Rendimiento
Programa de Rendimiento de Base
Programa de ligas nacionales
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 médico-deportiva de las enfermedades del deportista, diferentes a la lesión deportiva.



CONSENTIMIENTO INFORMADO/DATOS DE FILIACIÓN

FECHA:	N.º HISTORIA:
APELLIDOS:	NOMBRE:
DIRECCIÓN:	D.N.I.:
CIUDAD:	CÓDIGO POSTAL:
PROVINCIA:	PAÍS:
E-MAIL (*):	TELÉFONOS:
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
DEPORTE:	MODALIDAD:
PUESTO:	CATEGORÍA:
PROGRAMA-NIVEL:	ENTRENADOR/A:

DATOS GENERALES DEL CLUB O FEDERACIÓN:

NOMBRE:	TELÉFONOS:
DIRECCIÓN:	
CIUDAD:	PROVINCIA:
E-MAIL (*):	CÓDIGO POSTAL:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Centro Andaluz de Medicina del Deporte (CAMD) le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento y aquellos datos obtenidos por la realización de las pruebas, exploraciones y estudios efectuados van a ser incorporados, para su tratamiento, en ficheros automatizados.

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

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

En los casos de menores de edad, nombre y apellidos del firmante (padre, madre, tutor legal) y DNI.

PADRE/MADRE/TUTOR DNI:

(*). Incluir este dato implica la aceptación expresa de recibir el informe médico por esta vía

