

Formulario de diagnóstico médico para jugadores con discapacidad física

El formulario debe ser completado en castellano por un médico colegiado con una especialización en el campo médico apropiado que se ocupa del Problema de Salud del jugador.

El formulario junto con los informes médicos debe enviarse al Secretario de Clasificación (clasificador@rfetm.com) al menos 2 semanas antes del primer torneo al que vaya a acudir el jugador. Esto se aplica a todos los jugadores con discapacidad física que compiten en Para tenis de mesa. Dependiendo del problema de salud y de la deficiencia del jugador, se adjuntará información médica adicional a este formulario (ver página 2).

Nota

La medición de la deficiencia observada durante la evaluación del jugador debe corresponder al diagnóstico indicado a continuación. Si la documentación médica está incompleta, la RFETM tiene derecho a solicitar más información. En ausencia de dicha información, al jugador no se le permitirá continuar con el proceso de evaluación.

Información del jugador

(para ser rellenado por el representante del jugador)

Apellidos:	HERRERA GOMEZ		
Nombre:	DANIEL		
Género:	<input type="checkbox"/> Fem	<input checked="" type="checkbox"/> Masc	Fecha de nacimiento: 07/12/1997 (dd/mm/aaaa)
Club:	EL ROBLEDAL	Licencia:	HV5S1Q

Información médica

Nota: La lista de diagnósticos médicos muestra algunos ejemplos y, por lo tanto, no está completa.

Deficiencia elegible	Marcar el diagnóstico médico relevante para el tipo de deficiencia	Documentos que apoyan el diagnóstico (marque y envíelos junto con este formulario)
<input type="checkbox"/> Deficiencia de fuerza muscular	<input type="checkbox"/> Lesión medular <input type="checkbox"/> Distrofia muscular <input type="checkbox"/> Espina bífida <input type="checkbox"/> Poliomielitis <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Escala ASIA <input type="checkbox"/> Electromiografía <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Deficiencia de rango de movimiento pasivo	<input type="checkbox"/> Artrogriposis <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Radiografías <input type="checkbox"/> Medidas goniométricas <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Ataxia <input type="checkbox"/> Atetosis <input type="checkbox"/> Hipertonía	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Medición escala Ashworth <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> Otro _____
<input checked="" type="checkbox"/> Diferencia de longitud de piernas	<input type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Dismelia <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informe Médico <input checked="" type="checkbox"/> Radiografías <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Baja estatura	<input type="checkbox"/> Acondroplasia <input type="checkbox"/> Osteogénesis Imperfecta <input type="checkbox"/> Disfunción de HGH <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Radiografías <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Deficiencia en extremidades	<input type="checkbox"/> Dismelia <input type="checkbox"/> Amputación traumática <input type="checkbox"/> Cáncer óseo <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Radiografías <input type="checkbox"/> Otro _____

Historia clínica:

La situación del jugador es:	<input type="checkbox"/> Estable	<input type="checkbox"/> Progresiva	<input type="checkbox"/> Fluctuante	<input type="checkbox"/> Permanente
Edad de inicio:			<input type="checkbox"/> Discapacidad Congénita	
Tratamientos anteriores:				
Tratamientos actuales:				
Tratamientos futuros previstos:				

Detalles adicionales sobre el diagnóstico médico (si es necesario):

Medicamentos y razón para la prescripción:

☐ **Confirmo que la información anterior es precisa y actualizada.**

Nombre:

Especialidad Médica:

Número de colegiado:

Dirección:

Ciudad:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

Fecha:

Firma: