

## FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (FDM) FEDPC

- Este formulario debe ser completado por un médico registrado con especialización en el Estado de Salud del Deportista, de acuerdo al artículo correspondiente en las Reglas de Clasificación del deporte en el que se desempeñe el deportista.
- El formulario completo con la documentación médica adjunta debe enviarse al Comité de Evaluación de Elegibilidad de la FEDPC, y se debe presentar una copia impresa al Clasificador Jefe antes del inicio de la Evaluación del Deportista. La Evaluación del Deportista no se iniciará si el FDM no está disponible para el Panel de Clasificación.
- Se deberá adjuntar información médica adicional a este formulario (informe médico).
- La medición del deterioro observado durante la evaluación del deportista debe corresponder al diagnóstico indicado a continuación (tabla de Información Médica). Si la documentación médica está incompleta, la FEDPC se reserva el derecho de solicitar más información. En ausencia de dicha información, el deportista no podrá proceder con la Evaluación del Deportista.

### INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA

<b>Apellidos:</b>	
<b>Nombre:</b>	
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Fecha de Nacimiento:</b> /    /
<b>Deporte:</b>	<b>Club/Fed. Territorial:</b>

### INFORMACIÓN MÉDICA

<b>Diagnóstico médico del deportista (condición de salud):</b>	
<b>Incluya una descripción de las partes del cuerpo afectadas y sus limitaciones:</b>	
<b>Deterioro(s) primario(s) derivado(s) del Diagnóstico Médico (Condición de Salud):</b>	<input type="checkbox"/> Hipertonía <input type="checkbox"/> Disminución de fuerza muscular <input type="checkbox"/> Ataxia <input type="checkbox"/> Disminución del rango de movimiento pasivo <input type="checkbox"/> Atetosis <input type="checkbox"/> Dismetría
<b>La condición médica es:</b>	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Progresiva <input type="checkbox"/> Fluctuante
<b>Edad de inicio:</b>	_____ años <input type="checkbox"/> Congénita (nacimiento)

## FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (FDM) FEDPC

<b>Documentos que sustentan el diagnóstico (marcar y adjuntar):</b>	<input type="checkbox"/> Informe médico <input type="checkbox"/> Escala de Ashworth modificada <input type="checkbox"/> Escala DIS <input type="checkbox"/> Escala SARA	<input type="checkbox"/> RMN y/o TAC <input type="checkbox"/> Otros: _____ _____
---	--	--

**Historial de tratamiento:**

**Medicación habitual (indique la dosis y el motivo):**

**Presencia de condiciones/diagnósticos médicos adicionales:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad visual                    | <input type="checkbox"/> Deficiencia respiratoria                                  |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual               | <input type="checkbox"/> Deficiencia metabólica                                    |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva                  | <input type="checkbox"/> Deficiencia cardiovascular                                |
| <input type="checkbox"/> Diagnósticos psicológicos              | <input type="checkbox"/> Dolor   |
| <input type="checkbox"/> Inestabilidad/Hipermovilidad articular | <input type="checkbox"/> Deterioro de la resistencia muscular (Ej: fatiga crónica) |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                           |  |

**Describir:**

Confirmo que la información anterior es precisa.

**Nombre:**

**Especialidad médica:**

**N.º de Colegiado:**

**Dirección:**

**Población:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**E-mail:**

**Fecha:**

**Firma y sello:**

## FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (FDM) FEDPC

---

### DOCUMENTACIÓN ADJUNTA:

En el momento de la clasificación, se deberá adjuntar el informe médico (no certificado de minusvalía) donde se dé información sobre la pérdida de función motora que va a ser evaluada en la clasificación.

Por otro lado, si el deportista no presenta clasificación deportiva previa, ésta puede ser asignada por la mesa de clasificación tal y como estipula la normativa de clasificación de la FEDDF y la FEDPC.

Se deberá adjuntar documentación médica más reciente y relevante si el deportista tiene:

- Una deficiencia o diagnóstico que no pueda ser determinado por síntomas claros.
- Una afección estado de salud compleja o rara, o una pluridiscapacidad.
- Deficiencias de las extremidades (amputación o dismelia) a nivel de la articulación del tobillo, rodilla y/o codo. A ser posible acompañar con una radiografía de rayos X de la articulación.
- Lesión Medular. (incluir si es posible una valoración con el test ASIA).
- Discapacidades que impliquen alteración en la coordinación, con la ataxia, atetosis o hipertonía incluir si es posible (Escala de Ashworth modificada).

Cualquier informe o prueba adicional por parte de médicos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud serán bienvenidos, en su caso, para complementar la información del diagnóstico médico.

La mesa de clasificación de las Federaciones Españolas se reserva el derecho de poder solicitar más información para presentar en función del estado de salud del deportista y el caso concreto que presente.

## FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (FDM) FEDPC

---

### PROTECCIÓN DE DATOS:

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante, LOPD) y su normativa de desarrollo (RD 1720/2007), le informamos que debido a que se recaban datos especialmente protegidos (datos de salud) a lo largo de la relación que le une con la Federación, usted consiente expresamente al tratamiento de dichos datos de salud con la finalidad deportiva necesaria para la asignación de una clasificación en el deporte que lo solicita. Dichos datos se encuentran protegidos con las medidas de seguridad de nivel alto que exige el RD 1720/2007, de 21 de diciembre.

Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999. Ante el responsable del fichero FEDPC y FEDDF, con domicilios en Calle Ferraz nº16 28008 Madrid.

El solicitante certifica que todos los datos expuestos en esta ficha de solicitud de clasificación son verídicos, en el caso de demostrarse falsedad en alguno de los mismos, se producirá la no participación en el campeonato o la posible actuación de los órganos jurídicos de la FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO y de la FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA.

**\*La falta de consignación de algún dato de este formulario incurrirá en la no aceptación del mismo.**

Firma:

Firma: