

CERTIFICADO MÉDICO

Nome entidade _____

Apelidos _____ Nome _____

Data nacemento ____/____/____ Home Muller

DNI _____ Nº Seguridade Social: _____

Persoa de contacto en caso de emerxencia (1)(obrigatorio cubrir)

Apellido-nome _____ **Parentesco** _____ **telf.** _____

Persoa de contacto en caso de emerxencia (2)

Apellido-nome _____ Parentesco _____ telf. _____

Persoa de contacto en caso de emerxencia (3)

Apellido-nome _____ Parentesco _____ telf. _____

- Obxeccións relixiosas a un tratamento médico: por favor especifique e mencione **claramente** as instrucións.

INFORMACIÓN MÉDICA

Peso: _____ Kg Altura: _____ cms Tensión arterial: ____/____ Pulso: _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidade intelectual | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Enfermidade Mental asociada á discapacidade intelectual | <input type="checkbox"/> Ataques/ Frecuencia? ____/ano | <input type="checkbox"/> Operacións |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Visión | <input type="checkbox"/> Problemas de hemorraxias | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oídos | <input type="checkbox"/> Problemas óseos | <input type="checkbox"/> Impedimentos motores |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de ril | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas |
| | <input type="checkbox"/> Emocional/ Neurolóxico | |

Dieta especial TIPO DE DIETA _____

Alerxia (Especificar alerxias a comidas, a mediación, ou outra información médica detalla): _____

Síndrome de Down - **INESTABILIDAD ATLANTOAXIAL-** **Positivo** **Negativo**

*Para Síndrome de Down con inestabilidade Atlantoaxial, INTERPRETACIÓN da avaliación de raios X (seleccionar). (Imprescindible axuntar copia do Informe Médico.)

De non ter esta información non se permitira a súa participación en eventos ou actividades que plantexen riscos.

Sinatura do médico _____ **número colexiado** _____

Data _____ 2022 (obrigatorio incluír número de colexiado)

2ª Páxina Certificado Médico Nome do Participante/atleta: _____

Enfermidades, infeccións e inmunizacións (marcar):

- Sarampelo Varicela Tuberculose Tétanos
 Hepatite Polio VIH/ AIDS
 Outras enfermidades infecciosas. Especificar de que tipo _____

INMUNIZACIÓNS (marcar se padeceu)

- Inmunización (sarampelo, papeiras, rubéola)
 Inmunización ó Tétano. **Última data (día, mes, ano):** _____, _____, _____ **(IMPORTANTE)**
 Inmunización ó Covi-19. **Última data (día, mes, ano):** _____, _____, _____ **(IMPORTANTE)**

Medicacións (Facilite información da medicación que toma a data da emisión do certificado)

Nome do medicamento	Doses	Data prescrición
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Se presenta algunha patoloxía que precise tratamento urxente, especifique que pautas terapéuticas habituais se deben seguir.

Comentarios do médico e/ou restricións na participación do Participante/atleta:

Este formulario debe ser firmado por un médico autorizado.

Comentarios do médico:

"Revisei a información médica enriba detallada e examinado o nome do participante/atleta na solicitude, certifico que non hai ningunha evidencia médica que impida ó participante/atleta poder participar nas actividades organizadas por Special Olympics Galicia, Special Olympics España e/ou FADEMGALIA Plena Inclusión Galicia durante o ano 2022"

Datos do médico:

Apelido _____ Nome _____
Centro de saúde _____ Cidade _____ C.P. _____
Teléfono de día _____ Noite _____

Sinatura do médico _____ **número colexiado** _____

Data _____ 2022 (obrigatorio incluír número de colexiado)

PROTECCIÓN DE DATOS. Regulamento (UE) 2016/679 RGPD y LOPDGDD 3/2018. SPECIAL OLYMPICS GALICIA, como responsable de tratamento, tratará os seus datos, para xestionar adecuadamente a participación do usuario nas actividades que organice durante o ano 2022. Poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación e supresión dos datos, entre outros, tal y como se explica na información adicional que está a súa disposición nas nosas instalacións e en asociacion@specialolympicsgalicia.org.