

FICHA DEPORTISTA

DATOS PERSONALES															
APELLIDOS				NOMBRE											
Nº REGISTRO <small>(A rellenar por el Centro)</small>		DNI		Nº Federado		Fecha actualización de licencia									
Fecha de nacimiento		Dirección													
Localidad			Provincia				C.P.								
Tfno		Fax		E-mail											
DATOS DEPORTIVOS															
Deporte*		Especialidad				Categoría									
Nombre de la entidad deportiva a la que pertenece*															
FEDERACIÓN*															
Nivel de competición* <small>(Señalar el que corresponda)</small>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Provincial</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Autonómico</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nacional</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Internacional</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">No competición</td></tr> </table>		Provincial	Autonómico	Nacional	Internacional	No competición	Años Entrenamiento*				Horas a la semana*		
Provincial															
Autonómico															
Nacional															
Internacional															
No competición															
Resultados deportivos anteriores*															
Objetivos deportivos de la temporada*															
Periodo temporada deportiva*				Entrenador											
¿Pertenece a Centro de Tecnificación?*		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>		SI		NO									
SI		NO													
¿ Desea Valoración psicológica como parte del Reconocimiento médico?*							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>			SI		NO			
SI		NO													
DIRECCIÓN DE ENVIO DE LOS INFORMES															
NOMBRE Y APELLIDOS															
DIRECCIÓN															
LOCALIDAD															
PROVINCIA				C. P.											

En cumplimiento del Art. 5 de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter Personal, el Centro Regional de Medicina Deportiva de Castilla y León informa a los usuarios del centro que:

El paciente arriba referido queda informado y presta su consentimiento a la incorporación de sus datos al Fichero Automatizado "Gestión Médico-Deportiva Ceremede" cuya finalidad es la gestión integral de deportistas en este centro con expreso registro de dolencias, diagnóstico, valoración y tratamiento.

El responsable de los ficheros es la Dirección General de Desarrollo Sanitario; para ejercitarlos derechos de Acceso, Rectificación y Cancelación de los Datos debe dirigirse a la Dirección del Centro Regional de Medicina Deportiva.

Los datos que como titular Vd. facilite, únicamente serán cedidos a otros organismos del Sistema Sanitario y Organismo oficiales de Estadística. Cualquier cesión fuera de las previstas requerirá su expreso consentimiento, salvo que se trate de solucionar una urgencia médica o para realizar estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la Legislación sobre Sanidad estatal y autonómica.

**En el Apartado "DATOS DEPORTIVOS", los campos marcados con asterisco, deben rellenarse obligatoriamente para poder tramitar la solicitud. (A excepción de marcar la casilla "No competición")*