

## HISTORIAL MÉDICO PARA ACTIVIDADES DEPORTIVAS DE LOS CENTROS DEPORTIVOS DE LA ALCADÍA CUAUHTÉMOC

El siguiente cuestionario es de uso exclusivo para la Subdirección de Deporte de la Alcaldía Cuauhtémoc y la información que se proporcione será estrictamente confidencial. Tipo de Interrogatorio Directo \_\_\_\_\_ Interrogatorio Indirecto \_\_\_\_\_

1 . FICHA DE IDENTIFICACIÓN	FOLIO:
Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre: _____	
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____	
Domicilio: _____ Colonia: _____ Alcaldía: _____	
C.P. _____ Teléfono casa: _____ Teléfono trabajo: _____ Celular: _____	
Correo electrónico: _____	
Contacto de emergencia: Nombre _____ Parentesco: _____	
Teléfono casa: _____ Celular: _____ Tipo de sangre: _____	

2 . ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICO	
<p><b>2.1 Antecedentes heredofamiliares</b></p> <p>Diabetes: Si ___ No ___                      Artritis: Si ___ No ___                      Alergias: Si ___ No ___                      Epilepsia: Si ___ No ___                      Cáncer: Si ___ No ___                      Asma: Si ___ No ___                      Cardiopatías: Si ___ No ___                      Presión baja: Si ___ No ___                      Hipertensión: Si ___ No ___                      Malformaciones Congénitas: Si ___ No ___</p> <p><b>2.3 Antecedentes Quirúrgicos:</b> Si ___ No ___                      ¿Cuál? _____</p> <p>¿Enfermedades de la infancia? Si ___ No ___                      ¿Cuál? _____</p> <p>En caso de contar con alguno de estos padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución: _____                      _____</p>	<p><b>2.2 Deportes</b></p> <p>¿Ha participado en competencias deportivas? Si ___ No ___                      ¿Cuál? _____                      ¿Has padecido lesiones en miembros superiores? Si ___ No ___                      ¿Cuál? _____                      ¿Has padecido lesiones en miembros inferiores? Si ___ No ___                      ¿Cuál? _____</p> <p><b>3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS</b></p> <p>Alérgico: Si ___ No ___ ¿A qué? _____                      ¿Cirugías resientes? Si ___ No ___ ¿Cuál? _____                      Fracturas: Si ___ No ___ ¿Dónde? _____                      No ___ Fecha: _____ causa _____                      Alcohol: Si ___ No ___ Marihuana: Si ___ No ___ Cocaína: Si ___ No ___                      Opioides: Si ___ No ___ Anfetaminas: Si ___ No ___                      En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar síntomas y tiempo De evolución: _____                      _____</p>

4. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS	
<p><b>4.1 Alteraciones Gástricas:</b> Si ___ No ___                      ¿Cuáles? _____                      Cálculos Biliares Si ___ No ___</p> <p>En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución.                      _____                      _____</p> <p><b>4.3 Alteraciones cardiovasculares</b>                      Cardiopatías: Si ___ No ___</p>	<p><b>4.2 Alteraciones de vías Respiratorias Superiores:</b> Si ___ No ___                      ¿Cuáles? _____                      Alteraciones de vías Respiratorias Inferiores: Si ___ No ___                      ¿Cuáles? _____</p> <p>En caso de contar con alguno de estos padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución.                      _____                      _____</p> <p><b>4.4 Alteraciones endocrinas</b></p>



<p>¿Cuáles? _____                  En caso de contar con alguno de estos padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución.                  _____                  _____</p>	<p>Diabetes: Si ____ No ____                  Hipertiroidismo: Si ____ No ____                  Hipotiroidismo: Si ____ No ____                  En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución. _____</p>
<p><b>4.5 Alteraciones hematolinfáticas</b>                  Palidez: Si ____ No ____                  Sangrado espontaneo en nariz y encías: Si ____ No ____                  Moretones: Si ____ No ____                  Agrandamiento de ganglios: Si ____ No ____                  En caso de contar con alguno de estos padecimientos especificar sintomatológica y tiempo de evolución.                  _____                  _____</p>	<p><b>4.6 Alteraciones genitourinarias</b>                  Insuficiencia renal: Si ____ No ____                  Incontinencia urinaria: Si ____ No ____                  Dolor menstrual: Si ____ No ____                  En caso de contar con alguno de estos padecimientos especificar sintomatológica y tiempo de evolución.                  _____                  _____</p>
<p><b>4.7 Alteraciones sistema nervioso</b>                  Dolor de cabeza: Si ____ No ____      Convulsiones: Si ____ No ____                  Epilepsia: Si ____ No ____                  Insomnio: Si ____ No ____                  Ansiedad: Si ____ No ____                  Depresión: Si ____ No ____                  Delirios: Si ____ No ____                      Visión borrosa: Si ____ No ____                  Dificultad a la marcha: Si ____ No ____                  Falta de memoria: Si ____ No ____                  Falta de sensibilidad: Si ____ No ____                  En caso de contar con alguno de estos padecimientos especificar sintomatológica y tiempo de evolución.                  _____                  _____</p>	<p><b>4.8 Alteraciones tegumentarias</b>                  Ulceras: Si ____ No ____                  Sequedad cutánea: Si ____ No ____      Acné: Si ____ No ____                  Descamación: Si ____ No ____              Onicomiosis: Si ____ No ____                  Tiña corporal: Si ____ No ____                  Cambio de coloración en lunares: Si ____ No ____                  Aparición de lunares espontáneos: Si ____ No ____                  Cambio de textura de uñas: Si ____ No ____                  En caso de contar con alguno de estos padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución.                  _____                  _____</p>
<p><b>4.9 Alteraciones sistema musculoesquelético</b>                   Esguince: Si ____ No ____                  Crepitación articular: Si ____ No ____                  Desgaste de cartílago: Si ____ No ____                  Padecimiento de columna: Si ____ No ____                  Padecimiento de rodilla: Si ____ No ____                  Padecimiento de cadera: Si ____ No ____                  Tendinitis: Si ____ No ____                   En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución.                  _____                  _____   <b>5. Signos vitales</b>                  T/A Brazo derecho: _____ T/A Izquierdo: _____                  Pulso: _____ Frecuencia respiratoria: _____                  Temperatura: _____ Peso: _____ Estatura: _____ - _____</p>	<p><b>6. DATOS DEL MÉDICO</b>                   Nombre y firma: _____                   Cedula Profesional: _____   <b>6.1 Datos de la persona usuaria</b>                   *Para natación llenar este apartado:                  Apto para natación: _____                  No apto para natación: _____                  *En caso de otra actividad deportiva llenar este apartado especificando la actividad:                  Apto para la actividad deportiva de _____                  No apto para la actividad deportiva de _____                   Nombre y Firma de la persona usuaria: _____                   DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS APORTADOS EN EL PRESENTE HISTORIA MÉDICA SON AUTÉNTICOS, EN EL ENTENDIDO QUE CUALQUIER OMISIÓN O NEGLIGENCIA DE MI PARTE, LIBERA RESPONSABILIDAD MORAL O JUDICIAL A LA ALCALDÍA CUAUHTÉMOC.</p>

**PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:**

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales de la Dirección General de Desarrollo y Bienestar, Dirección de Desarrollo Social, Subdirección de Igualdad Sustantiva de la Alcaldía Cuauhtémoc, el cual tiene su fundamento en los artículos 1, 4, 8, 12, 13, 19, 20, 55 y demás aplicables de la LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO. Asimismo, se le informa que sus datos personales no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable de los datos personales recabados en el historial médico para natación en centros deportivos de la Alcaldía Cuauhtémoc, será el Subdirector de Deporte el Lic. Francisco Agustín Villa García, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, así como la revocación del consentimiento es en el "Centro Deportivo Cuauhtémoc", ubicado en calle Luis Donald Colosio entre las calles de Jesús García y Javier Mina, Colonia Buenavista, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México al teléfono: 5636-4636; correo electrónico: datos.personales@infodf.org.mx o [www.infodf.org.mx](http://www.infodf.org.mx)

