



FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO RFHE PARA LA CLASIFICACIÓN HÍPICA PARALÍMPICA

La persona nombrada a continuación debe someterse a la Evaluación/Clasificación del deportista en Hípica para poder competir en el deporte paralímpico elegido. Durante el proceso de clasificación, el clasificador (médico o fisioterapeuta) evaluará su deficiencia física y evaluará el alcance en el que puede ejecutar tareas y actividades específicas de este deporte (Doma Paralímpica). Cada deportista debe tener una deficiencia elegible, que debe ser permanente y/o un estado de salud que pueda desembocar en una deficiencia elegible. La limitación de la actividad debe ser permanente y verificable; y debe poder ser medida objetivamente a través del proceso de clasificación.

La documentación médica apropiada y pertinente es esencial para el proceso de clasificación de los deportistas para las competiciones hípicas paralímpicas. Se requiere de la confirmación del diagnóstico médico, así como un resumen de los resultados de los estudios médicos realizados que respaldan el diagnóstico médico y/o la/s deficiencia/s resultante/s. En algunos casos también se requiere una copia de un informe de o pruebas diagnósticas adicionales de un especialista médico, por ejemplo, de un neurólogo.

La información incluida en este documento será tratada de manera confidencial, tal y como se detalla en el Reglamento de Clasificación de Hípica Paralímpica de la RFHE.

Por favor, debe ser rellenado electrónicamente o con una letra clara

Detalles del Deportista

A completar por el deportista que solicita la clasificación

Apellidos					
Nombre			Fecha de nacimiento		
Género	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		DNI		
Dirección					
Ayuntamiento			Provincia		CP
Teléfono			E-mail		
Por la presente doy mi consentimiento para que toda la información presente en este documento sea trasladada a la RFHE para la Clasificación Paralímpica. En el caso de los menores de edad o personas con un tutor legal designado, deben ser éstas las que firmen el documento.					
Firma:				Fecha:	
En caso de firma padre/tutor legal.	Nombre:			DNI	

DETALLES MÉDICOS

Esta sección debe ser cumplimentada por un Doctor en Medicina.

Por favor, adjunte una hoja separada o un informe si no hay suficiente espacio

Nombre del Solicitante (el deportista)	
Diagnóstico Médico (Estado/s de Salud):	



Estudios médicos realizados y/o informes médicos que respaldan la deficiencia/s o diagnóstico de la persona (por ejemplo, escala ASIA para lesiones de la médula espinal; Informe de rayos X; RNM; TAC; biopsia muscular) Adjuntar si es posible o explicar.			
Deficiencia/s Primaria derivada/s de su Diagnóstico Médico (Estado de Salud):			
<input type="checkbox"/> Deficiencia en la potencia muscular <input type="checkbox"/> Ataxia <input type="checkbox"/> Deficiencia de las extremidades			
<input type="checkbox"/> Deficiencia de longitud de piernas <input type="checkbox"/> Atetosis <input type="checkbox"/> Hipertonía			
<input type="checkbox"/> Deficiencia en el rango de movimiento pasivo <input type="checkbox"/> Baja Estatura (altura: _____cm)			
El Estado de Salud es: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Progresivo <input type="checkbox"/> Fluctuante			
Año de inicio: _____(yyyy) <input type="checkbox"/> Congénito (de nacimiento)			
Otra información relativa a intervenciones o cirugías o información farmacéutica (con indicación de la fecha) relacionadas con su deficiencia:			
Presencia de Estados de Salud o diagnósticos adicionales:			
<input type="checkbox"/> Deficiencia visual <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva <input type="checkbox"/> Dolor			
<input type="checkbox"/> Deficiencia Intelectual <input type="checkbox"/> Diagnóstico psicológico/psiquiátrico			
<input type="checkbox"/> Hiper movilidad o inestabilidad articular <input type="checkbox"/> Otros			
Nombre del Doctor			
Especialidad médica			
Dirección			
Ciudad		Provincia	
Teléfono		Email	
Por la presente confirmo que la información anterior es verídica.			
Firma		Fecha	