



# FCCV

Federació Cicliste Comunitat Valenciana



## FICHA DE RECONOCIMIENTO MEDICO-DEPORTIVO

### FILIACIÓN

APELLIDOS:   
NOMBRE:   
DOMICILIO (calle-piso):   
CODG. POSTAL:    
LOCALIDAD:   
TELEFONO:

D.N.I.:   
FECHA NACIMIENTO:   
LUGAR NACIMIENTO:   
ESTADO CIVIL:   
PROFESION:   
FECHA:

### ANAMNESIS

ANTCD. FAMILIARES:  
( \* OPCIONAL)

ANTCD. PERSONALES:

FRACTURAS:

OPERACIONES:

LESIONES:

GRUPO SANGUINEO:

ALERGIAS:

VACUNACION:  
(TIPO-FECHAS)

AÑOS PRACTICA CICLISMO:

KILOMETRAJE ANUAL:

TIPO PEDAL USADO:

CLASICO:

AUTOMATICO:

ACCIDENTES QUE PRECISARON HOSPITALIZACION:

PER. TORAC. INSP.:

**DATOS ANTROPOMETRICOS**

PESO:	
TALLA PIE:	
TALLA PUBIS. SUELO:	
TALLA SENTADO: (banco 40 cm.)	
ENVERGADURA:	

PER. TORAC. ESP:	
DISTANCIA FEMUR. SUELO: (desde trocánter)	
DISTANCIA TIBIA SUELO: (desde cabeza peroné)	

**APARATO CARDIO-RESPIRATORIO**

**AUSCULTACION:**

CARDIACA:

PULMONAR:

T.A. SISTOLICA:

F.C. REPOSO:

T.A. DIASTOLICA:

E.C.G. BASAL:  
( \* OPCIONAL)

\* ESPIROMETRIA BASAL:

**\* PRUEBA DE ESFUERZO**

AEROBICA:  
( \* OPCIONAL)

ANAEROBICA:  
( \* OPCIONAL)

**EXPLORACION APARATO LOCOMOTOR**

COLUMNA VERTEBRAL:  
DISMETRIAS

ALINEACION EJES EEII:  
GENOS . ROTACIONES.  
ROTULAS

PIES:

**OTROS APARATOS**

VISION:

O.R.L.:

OTROS:

¿PRESENTA EL DEPORTISTA ALGUN TIPO DE HANDICAP?: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (En caso afirmativo indicar tipo)

TIPO DE HANDICAP QUE PRESENTA EL DEPORTISTA DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE CLASIFICACION FUNCIONAL PARA EL CICLISMO DEL COMITÉ INTERNACIONAL PARAOLIMPICO (IPC): \_\_\_\_\_

**MEDICO**

APELLIDOS:			
NOMBRE:			
NUMERO COLEGIADO:		LUGAR:	

Firma

No se detecta factor de riesgo que contraindique la práctica deportiva

Esta Ficha debe ADJUNTARSE A LA SOLICITUD DE LICENCIA, es obligatoria exclusivamente para todas las categorías de competición, y es aconsejable para la de cicloturista. Queda excluida en las categorías técnicas.