



FORMULARIO DE REVISIÓN MÉDICA ARCO ADAPTADO

La información incluida en este documento será tratada de manera confidencial, tal y como se detalla en el Reglamento Nacional de Clasificación de Arco Adaptado.

¿Quién debe hacer una solicitud de revisión médica?

Se debe presentar una solicitud de revisión médica para los/a deportistas con estatus Confirmado o Revisable con fecha de revisión fija si se produce un cambio en la naturaleza o grado de deficiencia de un deportista que modifique su capacidad para realizar las tareas y actividades específicas requeridas por un deporte de una manera que sea claramente distinguible

Se debe presentar una solicitud de revisión médica si:

1. La deficiencia o limitación de actividad relevante de un/a deportista se ha vuelto menos severa, ya sea por una intervención médica u otras cuestiones.
2. La deficiencia de un deportista es progresiva y se ha deteriorado hasta el punto en que lo más probable es que el deportista ya no encaje en su grado actual.

Solicitud de revisión médica

La solicitud de revisión médica debe ser hecha por la Federación Autonómica correspondiente como órgano de representación del/la deportista y deberá incluir:

- Este formulario de solicitud de revisión médica completado de forma legible y en castellano.
- Documentación médica adjunta que demuestre que la deficiencia del deportista cambió después de la última evaluación a la que asistió.



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

Verificación de la Federación Autonómica

FFAA		
Nombre Representante		email
Firma y Sello		Fecha

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			
Ciudad		Provincia	CP
Teléfono		E-mail	
Clase		Estatus	

Por la presente doy mi consentimiento para que toda la información presente en este documento sea trasladada a la RFETA para la clasificación en Arco Adaptado. En el caso de los menores de edad o personas con un tutor legar designado, deben ser éstas las que firmen el documento.

Firma:		Fecha:
En caso de firma padre/tutor legal.	Nombre:	DNI



DETALLES MÉDICOS (cambios en la deficiencia del deportista)

Esta sección debe ser cumplimentada por un Doctor en Medicina.

1. **Detalles de la intervención** (aplicable por ejemplo a intervenciones quirúrgicas, farmacológicas,...)

Fecha de la intervención	
Descripción de la intervención:	
Motivo de la intervención y cambios logrados y/o esperados:	

2. **Descripción del cambio de deficiencia** (cumplimentar en caso de estados de salud fluctuantes)

Fecha de comienzo	
Breve descripción del cambio de deficiencia:	

Documentación adjunta que se aporta:



3. Detalles del profesional médico

Nombre del Doctor			
Especialidad médica			
Dirección			
Ciudad		Provincia	
Teléfono		Email	
Por la presente confirmo que la información anterior es verídica.			
Firma		Fecha	