



Arco Adaptado Deficiencia Visual

Solicitud de Clasificación y Formulario Médico

Este formulario consta de tres partes.

- 1) La primera parte es un formulario de solicitud que debe ser cumplimentado y firmado por el representante de la Federación Autonómica.
- 2) La segunda parte es el formulario de consentimiento que debe ser firmado por el deportista para permitir que los Clasificadores recopilen sus datos personales.
- 3) La tercera parte es el Formulario Médico que proporciona evidencia de la condición de salud relativa y debe ser cumplimentado por un oftalmólogo con la condición médica, enfermedad o lesión del solicitante y quien debe firmar el documento completo y proporcionar su número de colegiado para fines de verificación.

Todas las partes deben cumplimentar electrónicamente el formulario en castellano y enviarse a través de la Federación Autonómica en nombre del deportista. El lugar de clasificación solicitado debe identificarse. La RFETA (para_archery@federarco.es) debe recibir la solicitud no más tarde de 30 días antes de la fecha de clasificación.

Como este formulario representa el primer paso en el proceso de clasificación, la información proporcionada debe ser honesta, precisa y veraz. Cumplimentar correctamente este formulario no indica que se realizará una clasificación. Más bien, proporciona una base concisa de discusión entre el solicitante y el equipo de clasificación con respecto al potencial del solicitante para ser clasificado correctamente como un deportista de tiro con arco. Si el formulario no se ha completado en las tres partes, será devuelto a la parte interesada.

Se requiere una foto en formato electrónico (tipo de pasaporte, JPG) junto con este formulario como un archivo adjunto separado.

Mesa de Clasificación solicitada (debe identificarse) _____

Información de deportista (tal y cómo aparece en el DNI o tarjeta de residencia)
NOMBRE:
APELLIDOS:
SEXO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Comunidad Autónoma de nacimiento:



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

El deportista acepta cooperar plenamente con la clasificación:

- Respondiendo completamente todas las preguntas con sinceridad.
- Intentar todas las pruebas físicas lo mejor que pueda.

Nota: Los deportistas que no cooperan completamente como se indicó anteriormente pueden ser descalificados de la competición y podría conllevar a apertura de expediente disciplinario.

Al aceptar ser clasificado, el deportista debe entender que algunas de las pruebas desafortunadamente pueden causar dolor. Lo sentimos, pero es inevitable.

CLAUSULA DE CONSENTIMIENTO: DECLARACIÓN DEL DEPORTISTA, DATOS DE SALUD Y CESIÓN AL CPE

DECLARO:

No tengo problemas de salud que me impidan realizar las pruebas que me piden. Estoy de acuerdo en que si sufro una lesión durante el procedimiento de clasificación, considero que la RFETA no tiene culpa.

Mi participación en el procedimiento de clasificación es voluntaria y tengo derecho a retirarme en cualquier momento. Si me retiro, entiendo que la clasificación no puede llevarse a cabo y que no podré competir en competiciones de arco adaptado.

Para ayudar a la RFETA a desarrollar el sistema de clasificación, también doy mi consentimiento para permitir que los datos recopilados durante mi clasificación se utilicen con fines educativos y de investigación. Esto incluye todas las fotografías o videos tomados durante la evaluación de campo como parte del proceso de clasificación y / o entrenamiento y competición. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

Fecha _____ Lugar _____

Firma del deportista _____



DATOS DE SALUD Y CESIÓN AL CPE:

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD) y normativa española vigente, y respecto a los datos que le identifican como deportista de Arco Adaptado se le solicita consentimiento para el tratamiento de datos de salud con la finalidad gestionar adecuadamente su desarrollo deportivo, según lo dispuesto en el artículo 9.2 RGPD.

Si consiento

Se le informa que los mismos serán cedidos en los casos que exista una obligación legal, según lo establecido en el artículo 6.1.c RGPD. En este acto, se le solicita el consentimiento para la cesión de sus datos al Comité Paralímpico Español, con la finalidad de incluirme en el registro de deportistas paralímpicos:

Si consiento

En caso de menores de 14 años, el firmante, en este acto, declara tener capacidad suficiente para consentir este tratamiento de datos, tal y como dispone el Art. 7.2 LOPDGDD.

Sus datos serán incorporados al Sistema de Protección de Datos de la **Real Federación Española de Tiro con Arco**, con NIF **Q2878039C**, y domicilio en **Calle Altamirano 30, 1º - Dcha. 28008 – Madrid**. Serán conservados durante el tiempo que dure el tratamiento, o en su caso, el tiempo legal establecido para cada una de las obligaciones legales que deriven de los tratamientos llevados a cabo.

Se le informa de que puede ejercitar sus derechos de acceso a los datos, su rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento o portabilidad de los mismos según lo establecido en el RGPD. Podrá ejercitar estos derechos, o revocar el consentimiento, por escrito en la dirección postal indicada o en rfeta@federarco.es, junto a copia de su DNI. También puede ejercitar los mismos ante la entidad responsable.



La RFETA tiene nombrado a su **Delegado de Protección de Datos** tal y como establece el RGPD, y puede ser consultado en el siguiente enlace: <https://sedeagpd.gob.es/sede-electronica-web/vistas/infoSede/consultaDPD.jsf>

Asimismo, los deportistas quedan informados de su derecho a presentar reclamación ante la Autoridad de Control, Agencia Española de Protección de Datos. Con carácter previo a la posible reclamación ante la AEPD, pueden dirigirse a nuestro DPD y le daremos satisfacción a su reclamación.

Fdo: _____ DNI: _____
(nombre y apellidos)

Lugar y fecha: _____



Arco Adaptado Deportistas con Deficiencia Visual

Solicitud de Clasificación y Formulario Médico

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Este formulario debe ser cumplimentado electrónicamente (no se aceptarán formulario cumplimentados a mano)

Cumplimentado por la Federación Autonómica

CLASIFICACIÓN PREVIA

Clasificación Nacional anterior: Año: _____ Clase: V1 V2 V3
Última Clasificación Internacional: Año: _____ Clase: B1 B2 B3 NE
Clase y Estatus Internacional actual: Nueva o Protesta/Reclasificación aceptada;
O Clase V1 V2 V3
Estatus: Revisable; año de revisión _____; NE. 1st panel; CNC

Fecha _____ Lugar _____

Firma y sello de la FF.AA. _____



Para ser cumplimentado por la Federación Autonómica de un oftalmólogo u optometrista registrado.

INFORMACIÓN MÉDICA

A: Patología sistémica relevante e información médica.

Edad de diagnóstico: _____ En la actualidad: Estable durante ____ años

Progresiva No Si

Procedimientos futuros programados No Si: _____

Fecha: _____

Detalles:

Medicación oftalmológica usada por el deportista: No Si

Reacciones alérgicas a medicamentos oftalmológicos: No Yes

Indicar cuál: _____

La condición obvia y visible de la condición ocular que explica la pérdida de visión:

No Yes Indica cual: _____

B: Diagnóstico asociado, visual y oftálmico (breve)

C: Datos médicos oftálmicos:



D: Medicación ocular y alergias:

CORRECCIÓN ÓPTICA Y PRÓTESIS

Uso de gafas: No Si :

Ojo derecho: Esfera _____ Cilindro _____ Eje (°)

Ojo izquierdo: Esfera _____ Cilindro _____ Eje (°)

Uso de lentes de contacto: : No Si :

Ojo derecho: Esfera _____ Cilindro _____ Eje (°)

Ojo izquierdo: Esfera _____ Cilindro _____ Eje (°)

Uso de prótesis: No Si : Derecho Izquierdo

AGUDEZA VISUAL

<u>Agudeza Visual</u>	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular
Con corrección			
Sin corrección			
<u>Método de medida:</u> <input type="checkbox"/> LogMar <input type="checkbox"/> Snellen <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<u>Corrección usada:</u> <input type="checkbox"/> Gafas <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Gafas de prueba		Ojo derecho: Esfera. _____ Cilindro. _____ Eje..... (para test de agudeza visual) Ojo izquierdo: Esfera. _____ Cilindro. _____ Eje..... (para test de agudeza visual)	



EQUIPAMIENTO

Equipamiento usado: _____ Diámetro de la pupila: _____mm
Fecha: ____/____/____

Isóptera periférica	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular
Amplitud en grados (diámetro)	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular

- Confirmando que la información reflejada en este informe es veraz
 Certifico que no hay contraindicaciones oftalmológicas para que este deportista compita en tiro con arco

Archivos adjuntos a este Formulario de Diagnóstico Médico : No Si

Nombre: _____

Especialidad Médica: Oftalmología Optometría

Número de colegiado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ CC.AA: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

Firma: _____
(Nombre y apellidos)

Fecha: ____/____/____

Sello:



Notas para el oftalmólogo / optometrista:

Gracias por comprobar las agudezas visuales de este deportista para que pueda clasificarse como deportista deficiente visual en Arco Adaptado. LogMAR es la prueba de elección que utiliza la tabla LogMAR para las pruebas de agudeza visual a distancia con Illiterate "E" y / o la Prueba de visión rudimentaria de Berkeley.

En el formulario, complete las agudezas visuales corregidas y sin corregir. Adjunte también copias de los campos visuales y registre cualquier comentario.

Todas las evaluaciones de deportistas y asignaciones de clases deportivas se basarán en la evaluación de la agudeza visual en el ojo con una mejor agudeza visual al usar la mejor corrección óptica.

Es importante que las agudezas sean precisas, especialmente para VAs $<6/60$, contar dedos, por lo tanto, indique la distancia, los movimientos de las manos y la percepción de la luz.

Es muy importante no exagerar la discapacidad visual, ya que los deportistas pueden volver a evaluar en competiciones deportivas y pueden volver a clasificarse o descalificarse.



Los deportistas que compiten con dispositivos correctivos (por ejemplo, anteojos, lentes) deben asistir a la sesión de evaluación con estos dispositivos y su receta.

Cualquier persona que acompañe a un deportista durante un examen debe permanecer fuera de la vista de las tablas de agudeza visual durante la evaluación.

La tabla se incluye aquí para comprobación.

25cm BASIC VIS ↓	↕ DISTANCE ↕ GRATINGS ↕	25cm	↕ DISTANCE ↕ E's ↓	25cm	50cm	80cm	1,00m	1,25m	1,60m	2,00m	2,50m	3,20m	4,00m	5,00m	6,30m
NLP	200 M	2.9	100 M	2.6 0,0025 2,6020	2.3 0,0050 2,3010	2.1 0,0080 2,0970	2.0 0,0100 2,0000	1.9 0,0125 1,9030	1.8 0,0160 1,7960	1.7 0,0200 1,6990	1.6 0,0250 1,6020	1.5 0,0320 1,4950	1.4 0,0400 1,3980	1.3 0,0500 1,3010	1.2 0,0630 1,2000
LP	125 M	2.7	63 M	2.4 0,0040 2,4010	2.1 0,0079 2,1000	1.9 0,0127 1,8960	1.8 0,0159 1,7990	1.7 0,0198 1,7020	1.6 0,0250 1,5950	1.5 0,0317 1,4980	1.4 0,0396 1,4010	1.3 0,0510 1,2940	1.2 0,0640 1,1970	1.1 0,0794 1,1000	1.0 0,1000 1,0000
BWD	80 M	2.5	40 M	2.2 0,0063 2,2040	1.9 0,0125 1,9030	1.7 0,0200 1,6990	1.6 0,0250 1,6020	1.5 0,0313 1,5050	1.4 0,0400 1,3980	1.3 0,0500 1,3010	1.2 0,0625 1,2040	1.1 0,0800 1,0970	1.0 0,1000 1,0000	0.9 0,1250 0,9030	0.8 0,1580 0,8030
WFP	50 M	2.3	25 M	2.0 0,0100 2,0000	1.7 0,0200 1,6990	1.5 0,0320 1,4950	1.4 0,0400 1,3980	1.3 0,0500 1,3010	1.2 0,0640 1,1940	1.1 0,0800 1,0970	1.0 0,1000 1,0000	0.9 0,1280 0,8930	0.8 0,1600 0,7960	0.7 0,2000 0,6990	0.6 0,2520 0,5990
	B1	B2	↕ CLASS. ↕	B2			B3					NE			
VIS. FIELD ↓	No VF			∅ < 10° (R < 5°)			∅ > 10° to < 40° (R > 5° to < 20°)					∅ > 40° (R > 20°)			

NLP= No Light Perception
LP = Light Perception

BWD= Black White Discrimination (cards all black / all white)
WFP= White Field Projection (cards half-black half-white / white quadrant)

Limit B1- unable to recognize single tumbling E 100M at 25cm. (LogMAR 2.6 is out)

* The STE is the task used to determine the B2/B1 boundary .

Limit B2- unable to recognize single tumbling E 25M at 1meter. (LogMAR 1.4 is out)

* The STE is the task used to determine the B3/B2 boundary and confirmed with LogMar ACUITY CHART(big)

Limit B3- unable to recognize LogMar 0.9 on the chart = 32M LogMar chart at 4 meters. (LogMAR 0.9 is out)

* LogMar ACUITY CHART (big) is mandatory to determine "good VA" border of the B3 range (boundary B3/NE)



DOCUMENTACIÓN MÉDICA ADICIONAL:

Especifique qué afecciones oculares afectan al deportista y qué documentación adicional se agrega al Formulario de Diagnóstico Médico.

Los signos oculares deben corresponder al diagnóstico y al grado de pérdida de visión. Si la condición del ojo es obvia y visible y explica la pérdida de visión, no se requiere documentación médica adicional. De lo contrario, se debe adjuntar la documentación médica adicional indicada en la siguiente tabla. Toda la documentación médica adicional necesita un breve informe médico, en castellano. Cuando la documentación médica esté incompleta o falte el informe, la clasificación no puede concluirse y el deportista no podrá competir.

Condición del ojo	Información médica adicional requerida	
<input type="checkbox"/> Enfermedad anterior	Ninguna	
<input type="checkbox"/> Enfermedad macular	<input type="checkbox"/> OCT* Macular <input type="checkbox"/> Multifocal y/o patrón ERG* <input type="checkbox"/> VEP* <input type="checkbox"/> Patrón aparente VEP*	<input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la retina periférica	<input type="checkbox"/> Campo completo ERG <input type="checkbox"/> Patrón ERG*	<input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Enfermedad del nervio óptico	<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> Patrón ERG* <input type="checkbox"/> Patrón VEP* <input type="checkbox"/> Patrón Aparente VEP*	<input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Enfermedad cortical/ neurológica	<input type="checkbox"/> Patrón VEP* <input type="checkbox"/> Patrón ERG* <input type="checkbox"/> Patrón Aparente VEP	<input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Otra documentación adicional relevante	<input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/> <hr/>	



* Notas para evaluaciones electrofisiológicas (ERG y VEP):

Cuando existe una discrepancia o una posible discrepancia entre el grado de pérdida visual y la evidencia visible de la enfermedad ocular, el uso de la electrofisiología visual puede ser útil para demostrar el grado de discapacidad.

- Las pruebas electrofisiológicas enviadas deben incluir: 1- Copias de los gráficos originales; 2- El informe en castellano del laboratorio que realiza las pruebas, el rango de datos normativos para ese laboratorio, una declaración que especifica el equipo utilizado y su estado de calibración. Las pruebas deben realizarse de acuerdo con los estándares establecidos por la Sociedad Internacional de Electrofisiología de la Visión (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).
- Un electroretinograma de campo completo (ERG) prueba la función de toda la retina en respuesta a breves destellos de luz, y puede separar la función de los sistemas mediados por la barra o el cono. Sin embargo, no da ninguna indicación de la función macular.
- Un patrón ERG prueba la función central de la retina, impulsada por los conos maculares pero que se origina en gran medida en las células ganglionares de la retina.
- Un ERG multifocal prueba el área central (aprox. 50 grados de diámetro) y produce una representación topográfica de la actividad retiniana central.
- Un potencial cortical evocado visual (VEP) registra la señal producida en la corteza visual primaria, (V1), en respuesta a un patrón de estímulo o pulso de luz. Una VEP ausente o anormal no es en sí misma evidencia de problemas específicos del nervio óptico o de la corteza visual a menos que se haya demostrado la función retiniana central normal.
- Una apariencia de patrón VEP es una versión especializada del VEP utilizada para establecer el umbral visual que puede usarse para demostrar objetivamente la capacidad visual al nivel de la corteza visual primaria.