**DECLARACIÓN RESPONSABLE ESTADO DE SALUD**

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE y APELLIDOS** |  |
| **EDAD/ SEXO** |  |
| **DNI/FECHA DE NACIMIENTO** |  |
| **DOMICILIO** |  |
| **GRUPO SANGUINEO** |  |
| **ENTRENADOR** |  |
| **CLUB** |  |

**DATOS DEL EVENTO DEPORTIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **DENOMINACION** |  |
| **LUGAR** |  |
| **FECHA** |  |

**Declaro que los datos detallados a continuación, dados por mi persona, son verídicos y correctos, siendo los mismos la fiel exposición de la verdad**. Me comprometo a informar la aparición de cualquier enfermedad o lesión que pueda interferir en el desarrollo de mi práctica deportiva de MMA.

La omisión o la inexactitud de estas declaraciones me responsabilizan directamente, liberando de toda responsabilidad jurídica a los organizadores del evento deportivo y al servicio médico del evento.

Declaro que ***NO HE CONSUMIDO NINGUNA SUSTANCIA INCLUIDA EN LA LISTA DE SUSTANCIAS Y METODOS PROHIBIDOS EN EL DEPORTE.***

Y que SI/NO, se han producido alguna/s de las siguientes situaciones:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EPILEPSIA Y/O SINDROME CONVULSIVO | **SI** | **NO** |
| DIABETES EN TODAS SUS FORMAS | **SI** | **NO** |
| ENFERMEDADES RENALES | **SI** | **NO** |
| ENFERMEDADES HEMORRAGICAS | **SI** | **NO** |
| TRAUMATISMOS CEREBRALES | **SI** | **NO** |
| ENFERMEDADES CARDIACAS | **SI** | **NO** |
| TUMORES BENIGNOS Y/O MALIGNOS | **SI** | **NO** |
| VIH POSITIVO DETECTADO | **SI** | **NO** |
| HEPATITIS DETECTADA B (HBgAg)  HEPATITIS DETECTADA C | **SI**  **SI** | **NO**  **NO** |
| ICTERICIAS DE CUALQUIER ETIOLOGIA | **SI** | **NO** |
| POSEER UNA AGUDEZA VISUAL MAYOR DE 5/10 EN UNO O EN AMBOS OJOS | **SI** | **NO** |
| TENER LESIONES OCULARES QUE PUDIESEN AGRAVARSE CON LA PRACTICA DEL MMA | **SI** | **NO** |
| ANOMALIA DE LA TENSION ARTERIAL | **SI** | **NO** |
| ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS | **SI** | **NO** |
| OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO | **SI** | **NO** |
| ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS | **SI** | **NO** |
| DESDENTADOS TOTALES | **SI** | **NO** |
| ANOMALIAS MAXILOFACIALES | **SI** | **NO** |
| NO ESTAR EMBARAZADA | **SI** | **NO** |
| |  | | --- | | LESIONES EN LA CABEZA QUE LE HAYAN PROVOCADO MAREOS INTENSOS, PERDIDA DE MEMORIA, VOMITOS, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO QUE HAYAN REQUERIDO ATENCION MEDICA | |  | | **SI** | **NO** |

**FIRMA DEL DEPORTISTA FIRMA DEL ENTRENADOR**

Por el presente, manifiesto que los datos personales a los que se refiere este documento han sido facilitados voluntariamente por mí con el objetivo de proporcionar la información necesaria para el correcto desarrollo del evento deportivo, y para dejar constancia de mi estado de salud. Dichos datos se incluirán en ficheros, automatizados o no, y serán tratados de forma totalmente confidencial por la Federación Española de Luchas Olímpicas y D.A.

Soy conocedor de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con lo dispuesto al respecto en la legislación aplicable, Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndome por escrito a la Federación Española de Lucha, Calle Amos Escalante 12, bajo, 28017 de Madrid.

Soy conocedor de que la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, autoriza a los profesionales sanitarios sujetos a secreto profesional y a otras personas sujetas a equivalente obligación de secreto, al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios.

Soy conocedor y acepto que la FELODA no cederá mis datos a terceros sin mi expreso consentimiento, que deberá ser solicitado expresamente.

**FIRMA DEL DEPORTISTA**