

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA
DEPORTISTAS CON DEFICIENCIA VISUAL**

Deporte:	
-----------------	--

Federación autonómica u órgano de representación del deportista:

Detalles del atleta:

Apellidos			
Nombre			
Fecha de nacimiento		Género	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
DNI/pasaporte		Identificación	
Clase deportiva		Estatus	

Próxima competición:

Nombre de la competición	
Fecha (dd/mm/yyyy)	
Localidad (ciudad y país)	

Detalles del cambio en la deficiencia. Será completado por un profesional sanitario con experiencia.

Detalles de la intervención (si fuera necesario)

Fecha de la intervención	
Localización donde se realizó	
Descripción de la intervención	

Razón de la intervención y los resultados esperados	
---	--

Descripción de los cambios en las deficiencias (en caso de progresiva o fluctuante, nuevos, lesiones...):

Fecha de comienzo	
Descripción de los cambios en la deficiencia	

Documentación adjunta que lo corrobore:

--

Información profesional de la salud (médico):

	Confirmando que la información anterior es correcta		
Nombre			
Especialidad médica			
Número colegiado			
Dirección			
Ciudad		País	
Teléfono		Correo electrónico	
Fecha		Firma	

Datos de verificación:

Datos de contacto de la persona que realiza la solicitud

Federación / Órgano de representación del deportista	
Nombre	
Función	
Correo electrónico	
Firma	