



## FORMULARIO DE REVISIÓN MÉDICA RFHE

La información incluida en este documento será tratada de manera confidencial, tal y como se detalla en el Reglamento de Clasificación de Hípica Paralímpica de la RFHE.

### ¿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 su deterioro y limitaciones de actividad ya no son consistentes con su actual grado.

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. Entre los ejemplos se incluyen, pero no se limitan a inyecciones de Botox para reducir la hipertensión o para aumentar el rango de movimiento activo, liberaciones de tendones, fijaciones articulares para ayudar a la postura/estabilidad, o cirugía ocular correctiva; o si
2. la deficiencia de un deportista es progresivo 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					
Ayuntamiento		Provincia		CP	
Teléfono			E-mail		
Grado			Estatus		



Por la presente doy mi consentimiento para que toda la información presente en este documento sea trasladada a la RFHE para la Clasificación Paralímpica. En el caso de los menores de edad o personas con un tutor legal 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 comiendo	
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	