

MANUAL GUIA PARA LA CONFECCIÓN DEL FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (Guía FDM) Atleta con Discapacidad Física

IMPORTANTE: Debe ser tipeada o completada con letra legible para su interpretación correcta y aprobación.

INFORMACION DEL ATLETA (para ser completada por el Representante del Atleta)			
Apellido:			
Nombres:			
Género:	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:
Dir.:	Id. CoPAR:		

1. Información del Atleta

- Nombres y Apellidos: Deben escribirse exactamente como aparecen en el documento de identidad o pasaporte del atleta.
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato dd/mm/aaaa.
- Género: Seleccionar Masculino o Femenino.
- Id CoPAR (IC): Si el atleta es nuevo, este campo se deja en blanco.

INFORMACION MEDICA -Para completar por médico idoneo	
Diagnóstico médico (Condición de salud):	
Incluir descripción de partes del cuerpo afectadas y limitaciones:	
Deficiencia(s) primaria(s) derivada(s) del diagnóstico médico (condición de salud):	
<input type="checkbox"/> -Disminución de la potencia muscular. <input type="checkbox"/> -Rango de movimiento pasivo deteriorado	<input type="checkbox"/> -Ataxia <input type="checkbox"/> -Atetosis <input type="checkbox"/> -Hipertonía
	<input type="checkbox"/> - Dif. longitud de las piernas <input type="checkbox"/> - Def./perdida de extremidades <input type="checkbox"/> - Baja estatura (altura: ____ cm)

2. Información Médica (Completada por un Médico con conocimiento de la condición de salud del atleta)
Esta sección es crucial para determinar la elegibilidad del atleta.

- **Diagnóstico Médico** (Condición de salud subyacente): No debe ser una descripción general o comorbilidad (ej. diabetes, espasticidad, gonartrosis, coxalgia), sino el diagnóstico clínico específico que causa la limitación. Se recomienda incluir el código CIE-10 (ICD-10) cuando sea posible. *Ejemplo correcto:*
 - G14 - Síndrome post-polio
 - Z89 - Ausencia adquirida de miembros (Amputaciones)
 - Q77.4 - Acondroplasia.
 - H54 - Ceguera y disminución de la agudeza visual.
 - G54.0 / P14.x - Plexopatía Braquial (cong. / adq.)
 - G35 - Esclerosis múltiple.
 - G80 - Parálisis cerebral infantil.
 - G11 - Ataxia hereditaria.
 - G82 - Lesión medular. Paraplejía y cuadriplejía
 - Q71 o Q72 - Ausencia congénita de extremidad
 - Q05 - Espina bífida.

- **Descripción de limitaciones y partes del cuerpo afectadas:** Detallar las partes del cuerpo afectadas (monoparesia, hemiplejía, paraplejía, cuadriplejía, diplejía con afectación de un miembro superior, etc), el lado de la afectación (derecha/izquierda) y el nivel de la lesión o amputación.
- **Deficiencia Primaria:** El atleta debe tener al menos una de las deficiencias elegibles para competir. Las categorías comunes incluyen:
 - Potencia muscular disminuida: (ej. lesión medular, espina bífida, polio).
 - Rango de movimiento pasivo disminuido: (ej. artrogriposis, trauma articular).
 - Hipertonía, Ataxia o Atetosis: (generalmente asociadas a Parálisis Cerebral o daño cerebral).
 - Diferencia de longitud de extremidades inferiores.
 - Deficiencia de extremidades: (amputaciones o dismelia).
 - Baja talla: (acondroplasia, osteogénesis imperfecta)

La condición médica es:	<input type="checkbox"/> -Permanente	<input type="checkbox"/> -Estable	<input type="checkbox"/> -Progresivo	<input type="checkbox"/> -Fluctuante
Año de inicio:	(aaaa)	<input type="checkbox"/> -Congénito (de nacimiento)		

3. Estado y Cronología de la Condición

- **Permanente:** La condición de salud debe ser permanente (sin posibilidad de recuperación total) para que el atleta sea elegible.
- **Evolución:** Indicar si la condición es estable, progresiva o fluctuante (ej. Esclerosis Múltiple). Por ej. La parálisis cerebral es permanente y estable.
- **Inicio:** Indicar el año de inicio o marcar "Congénita" si es desde el nacimiento.

<p>Evidencia diagnóstica que debe adjuntarse:</p> <p>La evidencia que apoya el diagnóstico anterior DEBE estar adjuntada en paraTODOS los atletas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe de diagnóstico médico y resultados del examen físico (por ejemplo, escala ASIA para atletas con lesión de la médula espinal, escala Ashworth modificada para atletas con parálisis cerebral, radiografías para atletas con dismelia, fotografía para atletas con amputación) <p>El Comité Paralímpico Argentino y/o la Federación Nacional se reserva el derecho de solicitar evidencia diagnóstica adicional que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe(s) de pruebas de diagnóstico adicionales (por ejemplo, EMG, MRI, CT, radiografía) 												
<p>Historial del tratamiento (médica y quirúrgica):</p>												
<p>Medicación habitual: indique la dosis y el motivo:</p>												
<p>Presencia de condiciones/diagnósticos médicos adicionales:</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> -Discapacidad visual</td> <td><input type="checkbox"/> -Función respiratoria deteriorada</td> <td><input type="checkbox"/> -Hipermov. articular/inestab.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> -Discapacidad intelectual</td> <td><input type="checkbox"/> -Func. metabólicas deterioradas</td> <td><input type="checkbox"/> -Resist. muscular deteriorada Por ejemplo, fatiga crónica)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> -Discapacidad auditiva</td> <td><input type="checkbox"/> -Func. cardiovasculares deterioradas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> -Diagnósticos psicológicos</td> <td><input type="checkbox"/> -Dolor</td> <td><input type="checkbox"/> -Otro: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> -Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> -Función respiratoria deteriorada	<input type="checkbox"/> -Hipermov. articular/inestab.	<input type="checkbox"/> -Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> -Func. metabólicas deterioradas	<input type="checkbox"/> -Resist. muscular deteriorada Por ejemplo, fatiga crónica)	<input type="checkbox"/> -Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> -Func. cardiovasculares deterioradas		<input type="checkbox"/> -Diagnósticos psicológicos	<input type="checkbox"/> -Dolor	<input type="checkbox"/> -Otro: _____
<input type="checkbox"/> -Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> -Función respiratoria deteriorada	<input type="checkbox"/> -Hipermov. articular/inestab.										
<input type="checkbox"/> -Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> -Func. metabólicas deterioradas	<input type="checkbox"/> -Resist. muscular deteriorada Por ejemplo, fatiga crónica)										
<input type="checkbox"/> -Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> -Func. cardiovasculares deterioradas											
<input type="checkbox"/> -Diagnósticos psicológicos	<input type="checkbox"/> -Dolor	<input type="checkbox"/> -Otro: _____										
<p>Describir:</p>												

4. Evidencia Diagnóstica Adjunta (OBLIGATORIA)

Se debe adjuntar documentación médica que respalde el diagnóstico y la deficiencia.

- **Informes médicos:** Con letra clara donde figure el nombre del atleta, fecha de nacimiento, diagnóstico médico y deficiencia evaluada según la condición de salud. Firmados por el médico tratante y con logo institucional.
- **Pruebas específicas:**
 - **Lesión medular:** Escala ASIA.
 - **Parálisis Cerebral:** Escala de Ashworth (para hipertonia) o escalas SARA (para ataxia)
 - **Lesión nerviosa:** Electromiografía (EMG).
 - **Amputaciones/Dismelia:** Fotos del muñón/extremidad y radiografías donde se vea la identificación del jugador.
 - **Diferencia de longitud:** Radiografía de pie y medidas antropométricas.

<input type="checkbox"/> Confirmando que la información anterior es veraz y precisa.	
Nombre del doctor:	
Especialidad Médica:	Número de matrícula
Dirección:	
Ciudad:	País:
Teléfono:	Mail:
Firma:	Fecha:

5. Identificación y Credenciales del Médico

El formulario perderá validez si no está debidamente firmado por un médico matriculado (idealmente por médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación (Fisiatra), o neurólogo/traumatólogo/pediatra).

- **Campos obligatorios:** Nombre del médico, especialidad, número de registro/matriculación, dirección, teléfono y correo electrónico.
- **Confirmación:** El médico debe marcar la casilla que confirma que la información es precisa y veraz.
- **Firma:** Debe ser firma de puño y letra; generalmente no se aceptan firmas electrónicas.