



PERÚ

Ministerio de  
Educación

Instituto Peruano  
del Deporte

## Resolución de Secretaría General N° 007-2017-IPD/SG

Lima, 10 de Febrero de 2017

**VISTO:** El Informe N° 067-2017-IPD/OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica y demás documentos que lo acompañan, y;

### CONSIDERANDO:

Que, el Instituto Peruano del Deporte, en adelante IPD, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 28036, Ley de Promoción y Desarrollo del Deporte y sus modificatorias, es el órgano rector del Sistema Deportivo Nacional, constituye un órgano público ejecutor, cuenta con autonomía técnica, funcional y administrativa y constituye pliego presupuestal;

Que, de acuerdo al inciso d) del artículo 20° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Peruano del Deporte, aprobado por Decreto Supremo N° 017-2004-PCM y modificado por el Decreto Supremo N° 086-2004-PCM, la Oficina de Presupuesto y Planificación, tiene entre sus funciones, orientar la Administración Pública en el IPD, mediante la racionalización de funciones, estructuras, procedimientos y cargos; en virtud de ello ha revisado el proyecto de Directiva N° 047-2017-IPD/DINASEB, versión 1, denominada: "Evaluación Pre Participativa", el mismo que se considera necesario aprobar;

Que, de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 9.2 de las Disposiciones Específicas de la Directiva denominada: "Formulación y aprobación de Directivas del Instituto Peruano del Deporte", aprobada mediante Resolución N° 177-2015-P/IPD de fecha 17 de abril de 2015, la Secretaría General aprueba los proyectos de directivas;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 28036, Ley de Promoción y Desarrollo del Deporte y sus modificatorias, el Reglamento de la Ley de Promoción y Desarrollo del Deporte aprobado con Decreto Supremo N° 018-2004-PCM, el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Peruano del Deporte, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 017-2004-PCM y modificado por el Decreto Supremo N° 086-2004-PCM y la Directiva denominada: "Formulación y aprobación de Directivas del Instituto Peruano del Deporte", aprobada mediante Resolución N° 177-2015-P/IPD de fecha 17 de abril de 2015;

Con los vistos de la Dirección Nacional de Servicios Biomédicos, de la Dirección Nacional de Deporte Afiliado, de la Oficina de Presupuesto y Planificación y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** Aprobar la Directiva N° 047-2017-IPD/DINASEB, versión 1, denominada: "Evaluación Pre Participativa", la misma que forma parte de la presente resolución.





PERÚ

Ministerio de  
Educación

Instituto Peruano  
del Deporte

**Artículo 2°.-** Dejar sin efecto toda norma o disposición interna que se oponga a la presente resolución.

**Artículo 3°.-** Publicar el presente instructivo en la página Web del IPD: [www.ipd.gob.pe](http://www.ipd.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese.

PILAR ESPINOZA GALARCEP  
Secretaría General  
INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE










## EVALUACIÓN PRE PARTICIPATIVA

Directiva: 047-2017-IPD/DINASEB

Versión 1

### DIRECCION NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS

<b>Elaborado por:</b> Alberto Tejada Conroy	<b>Firma:</b> 
<b>Cargo:</b> Director Nacional de Servicios Biomédicos	
<b>Revisado por:</b> Julio Luque Maldonado	<b>Firma:</b> 
<b>Cargo:</b> Jefe de la Unidad de Organización y Métodos	
<b>Revisado por:</b> Jorge Luis Canales Vargas	<b>Firma:</b> 
<b>Cargo:</b> Director Nacional de Deporte Afiliado	
<b>Revisado Por:</b> Rony Seyler Salazar Martinez	<b>Firma:</b> 
<b>Cargo:</b> Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica	
<b>Revisado por:</b> Miriam Fernández Rodríguez	<b>Firma:</b> 
<b>Cargo:</b> Jefa(e) de la Oficina de Presupuesto y Planificación	



	Título: Evaluación Pre Participativa	
	Versión: 1	Página: 2 de 26

**HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS**

Nº	Nº de versión	Origen del Cambio y Descripción del Cambio	Responsables	Fecha
1	1	Elaboración inicial del documento	DINASEB	22-04-2016



### ÍNDICE

1.	FINALIDAD.....	04
2.	OBJETIVO.....	04
3.	ALCANCE.....	04
4.	BASE LEGAL.....	04
5.	RESPONSABLES.....	04
6.	DEFINICIONES Y SIGLAS.....	04
7.	DISPOSICIONES GENERALES.....	06
8.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	06
9.	ANEXOS.....	09





## 1. FINALIDAD

La presente Directiva tiene como finalidad establecer las pautas y disposiciones para el trámite y proceso de Evaluación Pre Participativa aplicada a los deportistas y demás agentes deportivos integrantes de las delegaciones deportivas de las Federaciones Deportivas Nacionales, para su participación en competencias nacionales e internacionales.

## 2. OBJETIVO

Asegurar el óptimo desarrollo de las evaluaciones médicas a los deportistas a fin de optimizar su desarrollo deportivo en representación del país en los distintos eventos deportivos nacionales e internacionales oficiales.

## 3. ALCANCE

La presente Directiva será aplicable por la Dirección Nacional de Servicios Biomédicos, la Dirección Nacional de Deporte Afiliado y las Federaciones Deportivas Nacionales, con el fin de velar por el adecuado estado de salud de los deportistas y demás miembros de la delegación deportiva, en virtud de su óptimo desarrollo deportivo.

## 4. BASE LEGAL

- Ley N° 28036 Ley de Promoción y Desarrollo del Deporte.
- Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N° 017-2004-PCM, Reglamento de Organización y Funciones del IPD.
- Decreto Supremo N° 018-2004-PCM, Reglamento de la Ley N° 28036.
- Resolución Ministerial N° 576-2011/MINSA – Directiva Administrativa 183 – MINSA/OGEI V.01 del 22 de julio de 2011.
- Manual de Indicaciones Metodológicas Anual.

Las normas referidas incluyen sus respectivas ampliatorias, modificatorias y conexas, de ser el caso.

## 5. RESPONSABLES

- **Dirección Nacional de Deporte Afiliado – DINADAF:** Es el Órgano de Línea encargado de las actividades del Deporte Afiliado en el Sistema Deportivo Nacional, a través de las federaciones, ligas, clubes y otras instituciones deportivas.
- **Dirección Nacional de Servicios Biomédicos – DINASEB:** Es el Órgano de Línea encargado de la asistencia biomédica al deportista y contribuir a la preservación de la salud en la práctica del deporte.
- **Federaciones Deportivas Nacionales – FDN:** Son órganos rectores de cada disciplina deportiva a nivel nacional en sus distintas categorías y niveles, se constituyen como asociaciones civiles sin fines de lucro.

## 6. DEFINICIONES Y SIGLAS

- **Agente Deportivo:** Son los dirigentes, técnicos, entrenadores, jueces y árbitros que en calidad de colaboradores participan en una actividad deportiva.
- **Centro de Alto Rendimiento – CAR:** Infraestructura deportiva adecuada para el desarrollo del deporte de alto rendimiento, con la principal función de brindar a los deportistas acceso





	Título: <b>Evaluación Pre Participativa</b>
	Versión: 1 <span style="float: right;">Página: 5 de 27</span>

a la práctica de actividades deportivas de alto nivel, así como también, la entrega de servicios de alojamiento, alimentación y servicios médicos.

- **Centro de Entrenamiento de Alto Rendimiento – CEAR:** Órganos creados por el Instituto Peruano del Deporte en coordinación con las Federaciones Deportivas Nacionales para mejorar el nivel técnico deportivo de los deportistas calificados de alto nivel. Cuentan con recursos humanos especializados en las diferentes áreas de la ciencia y el deporte, recursos logísticos y de infraestructura para el entrenamiento y la capacitación
- **Certificado Médico:** Documento en el cual un médico, de modo oficial, expone aspectos de la salud de un paciente, generalmente a petición de este. Su contenido debe ajustarse a lo que el médico ha observado personalmente.
- **Cuestionario Médico:** Documento que contiene una serie de preguntas que requiere conocer el médico sobre el estado de salud y antecedentes familiares del deportista, que debe ser contestado con veracidad.
- **Delegación Deportiva:** Conjunto de deportistas calificados que representan al Perú en eventos nacionales e internacionales.
- **Deportista:** Es la persona que practica una o más disciplinas deportivas de acuerdo a sus normas y reglamentos, tiene un permanente espíritu de superación y mantiene una conducta ejemplar acorde con la filosofía del deporte.
- **Deportista Calificado – DC:** Deportista con resultados a nivel nacional (entiéndase por medalla de oro, plata o bronce) que integra la Selección Nacional en deportes individuales y/o colectivos y participa en eventos internacionales oficiales.
- **Deportista Calificado de Alto Nivel – DECAN:** Deportista afiliado a un club reconocido y con vigencia deportiva actual por la Federación Deportiva Nacional o el Comité Olímpico Peruano, que obtiene resultados deportivos (entiéndase por medalla de oro, plata o bronce) en eventos internacionales oficiales del calendario deportivo y/o Circuito Olímpico.
- **Deportista en Proyección – DP:** Deportista que por su edad, presenta condiciones de rendimiento deportivo y biotipo hacia la alta competencia para representar a las delegaciones nacionales.
- **Evaluación pre Participativa – EPP:** Procedimiento que recopila los resultados y diagnósticos obtenidos de las evaluaciones realizadas al deportista en cada especialidad médica.
  - Apto para la práctica deportiva: Deportista que no presenta alteraciones o patologías al momento de la EPP.
  - Apto con Recomendaciones: Deportista que presenta alguna lesión o patología crónica leve que no pone en riesgo su integridad física al realizar alguna actividad deportiva.
  - No apto para la práctica deportiva: Deportista que pone en riesgo su integridad física al realizar alguna práctica deportiva y por lo cual no debe participar en el evento deportivo.
- **Informe Psicológico:** Contempla el diagnóstico obtenido de la evaluación psicológica, con el fin de transmitir los resultados, conclusiones y recomendaciones que permitirán un mejor desarrollo y desenvolvimiento del deportista.





- **Programa de Apoyo al Deportista – PAD:** Programa a través del cual se brinda apoyo a los DC y DECAN que han obtenido resultados en los eventos internacionales del circuito olímpico. El cual está dividido en dos niveles (I y II) según los logros deportivos alcanzados por los deportistas.
- **Sistema Integral Deportivo Nacional - SISDNA:** Aplicativo informático del IPD en el cual se encuentran registrados los datos de deportistas y agentes deportivos.



## 7. DISPOSICIONES GENERALES

7.1. El Aval Médico, producto de la EPP, tiene una vigencia de un (01) año. A partir de su expedición. De mantenerse en las mismas condiciones de salud física y mental, durante el periodo de vigencia.

7.2. Los deportistas beneficiarios de la EPP, son aquellos considerados según el Manual de Indicaciones Metodológicas de la DINADAF, en las siguientes categorías:

- DP
- DC
- DECAN

7.3. Los demás integrantes de la delegación deportiva (entrenador, preparador físico, jefe de equipo, equipo médico, etc.), deberán entregar a la DINASEB un certificado médico que acredite su buen estado de salud física y mental para su participación en el evento deportivo en un plazo no mayor de 30 días calendario antes del inicio de dicho evento, el cual tendrá una validez de 90 días calendario.

7.4. Es responsabilidad de cada FDN mantener actualizada la base de datos de sus deportistas, entrenadores, asistentes, preparadores físicos y demás agentes deportivos que conforman su delegación deportiva, en el SISDNA.



## 8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 8.1. De la EPP

- La DINADAF en coordinación con las FDN, establecerá el cronograma de las EPP, de acuerdo a su calendario de eventos deportivos.
- La solicitud de la EPP debe ser requerida por la FDN a la DINADAF en un plazo no menor de 60 días calendario antes del inicio del evento deportivo.

### 8.2. De los requisitos para la EPP

- La atención sólo se realizará según el cronograma establecido por la DINADAF y comunicado por las FDN a cada uno de sus deportistas.
- En caso de inasistencia del deportista por fuerza mayor a la EPP, deberá de presentar la justificación respectiva en un plazo no mayor de las 24 horas posteriores a la DINASEB para su reprogramación.
- Es indispensable que al inicio de la EPP el deportista entregue el cuestionario médico debidamente llenado y firmado, en caso de ser menor de edad debe ser firmado por el padre, madre o apoderado (Ver Anexo 1), el cual tiene una vigencia de 30 días calendario.
- Asimismo, los deportistas menores de edad, deben entregar el consentimiento que autoriza la aplicación de la evaluación médica, firmado por el padre, madre o





	Título: <b>Evaluación Pre Participativa</b>	
	Versión: 1	Página: 7 de 27

apoderado (Ver Anexo 2), como también, la declaración jurada que acredite dicho vínculo (Ver Anexo 3).

- Para los exámenes de laboratorio, es necesario que el deportista esté en ayunas por lo menos 08 horas antes de su cita.
- Cada deportista es responsable de entregar sus muestras biológicas al Área de Laboratorio para su evaluación.
- Además, el deportista no debe haber realizado actividades deportivas el mismo día de la evaluación.
- Cabe señalar, que el incumplimiento de los presentes requisitos, no permitirá la emisión de la EPP.

### 8.3. De las especialidades de la EPP

- La EPP en todas las especialidades se realizarán en un mismo día.
- La EPP consta de la atención en las siguientes atenciones médicas:
  - Exámenes de Laboratorio
  - Electrocardiograma
  - Medición Antropométrica con interpretación por Nutrición
  - Evaluación Odontológica
  - Evaluación Médica
  - Evaluación Psicológica
- La extracción de muestras de sangre se realizará en el Área de Laboratorio, ubicada en las instalaciones de la DINASEB, a excepción de los deportistas menores de diez (10) años, quienes deberán entregar sus propios resultados para su evaluación, salvo el caso que el padre, madre o apoderado autorice la toma de muestra.
- Según la información recopilada en el cuestionario médico o al momento de realizar el electrocardiograma o en la evaluación médica, el profesional médico detecta alguna anomalía, solicitará al deportista pasar por un examen cardiológico.
- Cada médico es responsable de emitir el respectivo informe, donde detalle los resultados y el diagnóstico obtenido de la evaluación aplicada al deportista.
- Las mediciones antropométricas se realizarán de acuerdo a las variables establecidas por nivel deportivo del deportista (DP, DC o DECAN).
- Sólo se aplicará el electrocardiograma a los deportistas mayores de 13 años, los deportistas menores de esa edad deberán traer una constancia de evaluación por cardiología, con el fin de seguir los criterios internacionales aplicados.



### 8.4. Procedimiento

- 8.4.1. La DINADAF, a través de un Memorándum, remite a la DINASEB el cronograma con el listado de deportistas de cada FDN que deberán pasar por la EPP, en función al calendario de eventos deportivos.
- 8.4.2. La DINASEB, programa las atenciones y comunica al Área de Admisión.
- 8.4.3. El deportista, para descargar y efectuar el registro en el cuestionario, debe ingresar a la página web del IPD ([www.ipd.gob.pe](http://www.ipd.gob.pe)) y seguir la siguiente ruta:

**Institucional\_DireccionesNacionales\_DirecciónNacionaldeServiciosBiomédicos**



	Título: <b>Evaluación Pre Participativa</b>
	Versión: 1 <span style="float: right;">Página: 8 de 27</span>



8.4.4. El deportista se presenta a la DINASEB, según cronograma, entrega el cuestionario debidamente llenado y firmado al Área de Admisión, en caso de ser menor de edad, debe ser firmado por el padre, madre o apoderado, dependiendo el caso, junto con el consentimiento y la declaración jurada.



8.4.5. El Área de Admisión luego de verificar los datos del deportista, registrados en el cuestionario, apertura la historia clínica y entrega hoja de ruta para el inicio de la EPP.

8.4.6. El deportista ingresa al Área de Laboratorio y entrega sus muestras biológicas.

8.4.7. Terminada la atención en el Área de Laboratorio, sigue el circuito de evaluación establecido en la hoja de ruta. (Ver Anexo 4).



8.4.8. El Área de Admisión, al final del día de evaluación, consolidará los informes de cada especialidad y los remitirá al médico encargado para la elaboración del informe con el diagnóstico final y los resultados de la EPP. El expediente debe contener los siguientes documentos:

- Informe Psicológico
- Informe Nutricional
- Informe Odontológico
- Informe Médico
- Resultado de Laboratorio

8.4.9. Los resultados de la EPP serán entregados a la respectiva FDN y la validación de los certificados médicos de los demás integrantes de la delegación deportiva.



#### 8.5. De la emisión del Aval Médico, producto de la EPP

8.5.1. La DINASEB, en un plazo no mayor a cinco (05) días calendarios, emitirá los resultados de la EPP, con la relación de deportistas aptos o no para la participación en eventos deportivos, la cual será entregada a la DINADAF. (Ver Anexo 10).

8.5.2. Cada FDN es responsable de transmitir a cada deportista el resultado de la EPP entregado por la DINASEB, así como también, su remisión a la DINADAF para el trámite de la emisión de la Resolución que autoriza a la delegación su participación en el respectivo evento deportivo.



#### 8.6. Del seguimiento de los deportistas

8.6.1. Luego de realizar la EPP, la DINASEB brindará un seguimiento constante a los deportistas considerados en el PAD (Niveles I y II), Programa de maratonistas e Internos de los Centros de Entrenamiento de Alto Rendimiento (CEAR's), a través de evaluaciones médicas, nutricionales y psicológicas de acompañamiento del deportista, según su nivel deportivo (DP, DC o DECAN).



	Título: <b>Evaluación Pre Participativa</b>	
	Versión: 1	Página: 9 de 27

8.6.2. Cabe indicar, que luego de realizar las evaluaciones de seguimiento y de encontrarse con alguna condición que dificulte realizar de manera idónea sus entrenamientos deportivos, aun inclusive cuando posea la condición de apto vigente de la EPP; se le restringirá la opción de participar en cualquier evento deportivo hasta que recupere su óptimo estado de salud.

### 8.7. Aplicación de la EPP fuera de Lima y Callao

8.7.1. Las FDN son las responsables de remitir a la DINASEB la Ficha de Evaluación Médica Extraordinaria (Ver Anexo 9) mediante oficio, anexando lo siguiente:

- Cuestionario.
- Examen Clínico.
- Resultados de Laboratorio.
- Resultados de Odontología.
- Resultados de Cardiología.

8.7.2. Asimismo, la FDN debe remitir a la DINASEB el certificado médico de los demás integrantes de la delegación deportiva, descrito en el punto 8.3.

8.7.3. Para los exámenes de laboratorio se considerará lo siguiente:

- Hemograma completo.
- Glucosa basal.
- Grupo sanguíneo.
- Examen de orina.

8.7.4. De no realizarse las mediciones antropométricas, el médico evaluador deberá registrar la información básica: peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC).

8.7.5. La condición general del deportista a registrarse en la Ficha de Evaluación Médica Extraordinaria, para considerarse apto o no para la práctica deportiva será determinada por el médico evaluador en su lugar de origen.

8.7.6. La DINASEB en un plazo no mayor de cinco (05) días hábiles de recibida la documentación emitirá el resultado de la EPP.

## 9. ANEXOS

- Anexo 1: Cuestionario
- Anexo 2: Consentimiento de autorización
- Anexo 3: Declaración jurada
- Anexo 4: Hoja de Ruta
- Anexo 5: EPP – Evaluación Odontológica
- Anexo 6: EPP – Evaluación Antropométrica
- Anexo 7: EPP – Examen Físico
- Anexo 8: EPP – Informe Psicológico
- Anexo 9: EPP – Ficha de Evaluación Médica Extraordinaria
- Anexo 10: EPP – Resultados







Título: **Evaluación Pre Participativa**

Versión: 1

Página: 10 de 27

**ANEXO 1**

DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS												Fecha		
												/	/	
<b>Información personal</b>														
Apellidos y nombres:														
DNI:			Edad:			Género:		M	F					
Fecha de Nacimiento:				Lugar de Nacimiento:										
Lugar de residencia:				Teléfono de casa:										
Dirección actual:														
Grado de estudios:				Lugar de estudios:										
Correo electrónico:														
Nombre de seguro:				Número de póliza:										
FDN:														
Categoría:				Modalidad:										
Edad deportiva:				Edad de inicio:										
Horas al día de entrenamiento				Días por semana:										
				Horas a la semana:										
<b>Contacto de emergencia</b>														
Apellidos y nombres:														
N° Telefónico:				Parentesco:										
<b>Antecedentes Personales</b>														
<b>Cardiología</b>												SI	NO	
Ha tenido algún dolor, opresión y/o malestar en el pecho al realizar ejercicio?														
Ha sufrido algún desvanecimiento o desmayo durante o después del ejercicio?														
Ha tenido dificultad excesiva para respirar, fatiga o palpitaciones durante el ejercicio?														
Siente que se cansa o le dificulta respirar más rápido en comparación con sus compañeros durante un ejercicio?														
Le han detectado soplos cardiacos, presión arterial alta, colesterol alto, infección o inflamación del corazón, fiebre reumática, problemas de las válvulas cardiacas?														
Le han realizado antes una prueba de esfuerzo, ecocardiograma, Holter o una Monitorización ambulatoria de la presión arterial?														
¿Alguna vez un médico le negó o restringió su participación en deportes por algún motivo?														
<b>Sistema Respiratorio</b>												SI	NO	
Sufre o ha sufrido de asma?														
Tose o presenta sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?														
Ha usado o usa inhaladores?														
Alguna vez ha tenido bronquitis, neumonía, tuberculosis, fibrosis quística u otra enfermedad respiratoria?														



Otros antecedentes médicos													SI	NO
Alguna vez se ha enfermado cuando ha realizado ejercicio en el calor?														
Alguna vez le diagnosticaron golpe de calor o hipertermia?														
Le dan calambres musculares frecuentemente durante el ejercicio?														
Alguna vez ha tenido problemas por alteración de electrolitos o deshidratación?														
Tiene actualmente alguna enfermedad en curso?														
Si contesto "SI" indique cual: _____														
Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades: mononucleosis infecciosa, gripe, herpes zoster														
Tiene o ha tenido en los oídos infecciones, pérdida de audición o dolor?														
													SI	NO
¿Ha tenido o tiene algún trastorno de la sangre como anemia, enfermedad de células falciformes, sangrado anormal, trastorno de la coagulación u otro trastorno sanguíneo?														
¿Tiene o ha tenido infecciones recurrentes, como VIH/SIDA, leucemia o usa algún medicamento inmunosupresor?														
¿Presenta problemas de piel como erupciones, infecciones (hongos) u otros problemas de la piel?														
¿Tiene o ha tenido enfermedad renal o vesical como sangre en la orina, dolor lumbar, cálculos en los riñones, micción frecuente o ardor al orinar?														
¿Tiene o ha tenido enfermedad gastrointestinal como acides, náuseas, vómitos, dolor abdominal, pérdida de peso (mayor a 5kg), cambios en los hábitos intestinales, diarrea crónica, sangre en las heces. Enfermedad de vesícula, hígado o páncreas?														
¿Ha tenido accidentes cerebrovasculares, accidente isquémico transitorio, dolores de cabeza más frecuentes y más severos, epilepsia, depresión, ataques de ansiedad, hormigueos, debilidad muscular, pérdida de la sensibilidad o fatiga crónica?														
¿Ha tenido enfermedades como diabetes mellitus, alteración de la tiroides o hipoglicemia?														
¿Ha tenido infecciones como meningitis, hepatitis (ictérica) o varicela?														
¿Ha tenido artritis o dolor de las articulaciones, hinchazones y enrojecimiento no relacionados con lesiones?														
¿Le falta un riñón o cualquier otro órgano par?														
¿Ha tenido alguna lesión de un órgano interno como el hígado, bazo, riñones o pulmones?														
¿Ha sido operado alguna vez?														
Si la respuesta es "Si", indique el tipo de operación: _____														
¿Ha sufrido algún accidente con alteración del estado de conciencia?														
Antecedentes Familiares													SI	NO
Algún miembro de su familia menor de 50 años tiene antecedentes de lo siguiente:														
Muerte súbita sin razón aparente?														
Desmayo inexplicable o convulsiones														





Fallecimiento antes de los 50 años debido a una enfermedad del corazón?			
Síntomas de enfermedad cardiaca?			
Problemas cardiacos como: arritmias cardiacas, aumento de tamaño del corazón, cardiomiopatía, cirugía cardiaca, marcapasos o desfibrilador?			
Presión alta o colesterol alto?			
Alteraciones en la coagulación, rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?			
Tuberculosis o hepatitis?			
¿Reacciones adversas a los anestésicos?			
¿Otra condición, como accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer, artritis?			
Si la respuesta es "Si", describir la condición: _____			
¿Desconoce su historia familiar?			
<b>SOLO MUJERES</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?			
¿A qué edad tuvo su primer período menstrual? _____			
¿Tiene ciclos menstruales regulares?			
Cuántos ciclos menstruales tuvo en el último año? _____			
¿Fecha de su período menstrual más reciente? _____			
¿Ha tenido una fractura por estrés en el pasado?			
Alguna vez le ha sido identificado un problema a nivel óseo, como densidad ósea baja (osteopenia u osteoporosis)?			
¿Está usted tomando hormonas femeninas (estrógenos, progesterona, píldoras anticonceptivas)?			
¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual como gonorrea, sífilis, verrugas venéreas, clamidia u otra infección?			
<b>SOLO HOMBRES</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Tiene dos testículos normales?			
¿Alguna vez ha tenido una hernia o hinchazón alrededor de los testículos (varicocele, hidrocele)?			
¿Alguna vez ha tenido una lesión en un testículo?			
¿Alguna vez ha sido operado de un testículo no descendido, lesión u otro problema testicular?			
¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual como gonorrea, sífilis, verrugas venéreas, clamidia u otra infección?			
<b>Cabeza y cuello</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas relacionados con su cabeza o cuello?			
¿Lesión en los ojos u otros problemas con su visión?			
¿Dolores de cabeza con el ejercicio?			







Título: Evaluación Pre Participativa

Versión: 1

Página: 13 de 27

¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos y las piernas o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas después de golpearse o caerse?			
¿Tiene, o le han realizado una radiografía por inestabilidad del cuello? (atlantoaxial)			
¿Ha tenido una lesión en los dientes?			
¿Tiene algún diente cariado, perdido o suelto?			
¿Tiene una prótesis dental o aparato?			
¿Le han retirado sus cordales?			
<b>Lesiones</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿Alguna vez ha tenido una lesión en cara, cabeza, cráneo o cerebro (incluyendo una conmoción cerebral, confusión, pérdida de memoria o dolor de cabeza debido a un golpe en la cabeza)?			
Ha tenido un problema o una lesión como un esguince, desgarro muscular o ligamentario, tendinitis, hueso fracturado, fractura por estrés o lesión de las articulaciones (que le hizo perder una práctica o competencia) en cualquiera de las siguientes áreas de su cuerpo?:			
Cuello o columna vertebral (incluyendo "latigazo cervical")			
Espalda superior (columna torácica)			
Espalda baja (columna lumbar)			
Tórax y/o costillas			
Área del hombro			
Brazo			
Codo			
Antebrazo			
Muñeca			
Mano o los dedos			
Pelvis, cadera o ingle (incluyendo hernia deportiva)			
Muslo (incluyendo isquiotibiales y cuádriceps)			
Rodilla			
Pierna (pantorrilla o espinilla)			
Tobillo			
Pie, talón o dedos del pie			
<b>Otros</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Pruebas - Si no se ha mencionado anteriormente, ¿ha tenido alguna otra prueba o examen por cualquier lesión o enfermedad, que incluyan análisis de sangre, rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, gammagrafía ósea, ultrasonido, electroencefalograma (EEG), electromiografía (EMG), estudios de conducción nerviosa (NCS), electrocardiograma (ECG / EKG), ecocardiograma (eco), prueba de esfuerzo u otras pruebas?			
Si la respuesta es "Si", indicar la prueba: _____			
<b>Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos para cualquier enfermedad?:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
¿Cirugía?			
¿Le han prescrito un corsé, yeso, bota para caminar, prótesis, muletas u otro aparato?			



¿Inyección de cortisona?			
¿Le han prescrito otro tipo de rehabilitación o terapia?			
De ser "Si", indique el tipo: _____			
¿Alguna vez has pasado la noche en un hospital o ha sido internado en un hospital como paciente?			
¿Ha sido remitido a un médico especialista (cardiólogo, neurólogo u otro médico) para cualquier condición mencionada antes?			
<b>Equipo</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Usa anteojos o lentes de contacto?			
¿Utiliza actualmente alguno de los siguientes equipos de protección?:			
- ¿Gafas de protección?			
- ¿Equipo especial (almohadillas, abrazaderas, etc.)?			
- ¿Protector bucal?			
- ¿Usa casco?			
Si la respuesta es "Si", indique desde hace cuánto tiempo?: _____			
<b>Nutrición</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Le preocupa su peso o composición corporal?			
¿Está satisfecho con su patrón de alimentación?			
¿Es usted vegetariano?			
¿Pierde peso para cumplir con los requisitos de peso para su deporte?			
¿Su peso afecta la forma en que se siente sobre Ud. mismo?			
¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad que come?			
¿Le produce náuseas cuando está incómodamente lleno?			
¿Ha comido alguna vez a escondidas?			
¿Actualmente sufre o ha sufrido de trastornos en la alimentación?			
<b>Discusión</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Tiene alguna otra preocupación que le gustaría discutir con un médico?			
De ser "Si", explicar:			
Por la presente declaro que las respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.			
<b>Deportista</b>		<b>Padre/Madre/Apoderado</b>	
Firma		Firma	





	Título: <b>Evaluación Pre Participativa</b>	
	Versión: 1	Página: 15 de 27

**ANEXO 2**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS**

Fecha
/ /

FDN:

Modalidad:

Yo, ....., Padre ( ) Madre ( ) o Apoderado ( ) del (la) menor .....he sido informado por el Dr. (a) .....con C.M.P. N° ....., acerca del procedimiento para la evaluación médica a realizarse en las instalaciones de la DINASEB.



El cual consta de siete (06) especialidades médicas, las cuales son:

1. Examen de Laboratorio
2. Evaluación Odontológica
3. Evaluación Clínica
4. Evaluación Antropométrica
5. Examen de Electrocardiograma
6. Evaluación Psicológica



Dejo sentado que he comprendido las explicaciones facilitadas acerca de los exámenes y evaluaciones precitadas y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto.



Asimismo dejo asentado que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento y que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.



Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, **CONSIENTO Y AUTORIZO**, la realización de la correspondiente evaluación médica a cargo de los especialistas de la DINASEB del IPD.

En la ciudad de ....., el día.....de .....de 20.....



Firma
DNI:



	Título: <b>Evaluación Pre Participativa</b>
	Versión: 1 <span style="float: right;">Página: 16 de 27</span>

**ANEXO 3**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS**

Fecha
/ /

Deportista:

FDN:

Yo, ....., identificado (a) con DNI ( ) o Carnet de Extranjería ( ) N°..... bajo juramento y pena de perjurio declaro y hago constar ser el Padre ( ), Madre ( ) o Apoderado ( ) del (la) deportista menor de edad antes nombrado.

Me afirmo y ratifico en lo expresado, en señal de lo cual firmo el presente documento.

Firma
DNI:



**ANEXO 4**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE  
SERVICIOS BIOMÉDICOS**

<b>Fecha</b>
/ /

Deportista:

FDN:

Modalidad:

Hora de ingreso:

Hora de salida:

El deportista deberá seguir el siguiente recorrido de atenciones:

1 Laboratorio

V° B

2 Cardiología

V° B

3 Examen Físico

V° B

4 Antropometría

V° B

5 Odontología

V° B

6 Psicología

V° B





Título: Evaluación Pre Participativa

Versión: 1

Página: 18 de 27

ANEXO 5

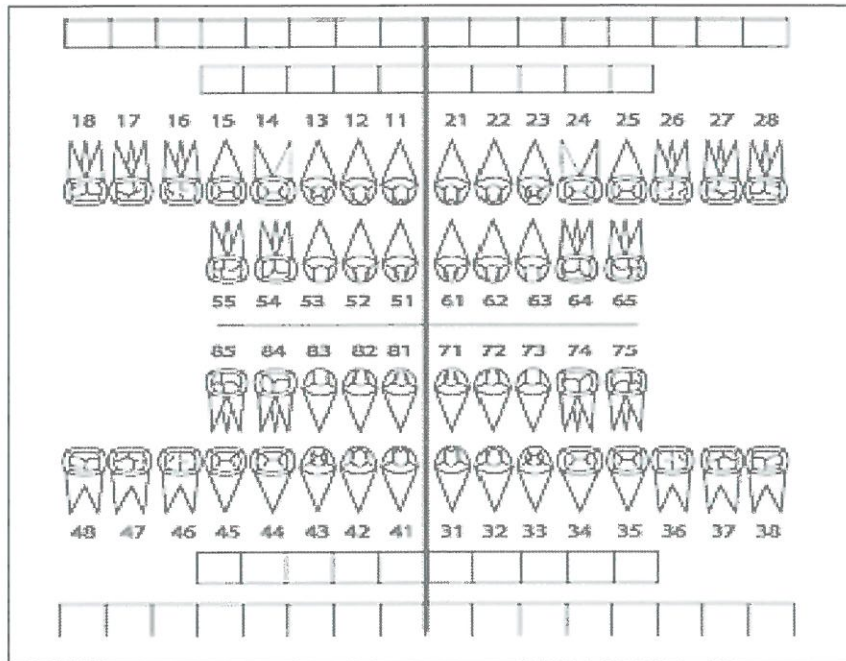
DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS

Fecha / /

Deportista:

FDN:

Modalidad:



Observaciones:

Recomendaciones:

Condición oral:

Nivel de riesgo de caires dental

Nivel	%	Nº de piezas con lesión cariosa
Alto	50%	16 piezas dentales
Medio	30%	10 piezas dentales
Bajo	20%	6 piezas dentales

Firma y sello





ANEXO 6

DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS

Fecha / /

Nombre:

FDN:

Modalidad:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Fecha de última menstruación:

Medidor:

Instrumento:

Medidor:

Instrumento:

I Mediciones básicas

- 1 Masa corporal
- 2 Estatura
- 3 Talla sentado/a
- 4 Envergadura

Primera

Segunda

Primera

Segunda





II Longitudes y alturas segmentarias

- 5 Acromial-radial
- 6 Radial-estiloidea
- 7 Medial estiloidea-dactilar
- 8 Altura ilioespinal
- 9 Altura trocanterea
- 10 Trocánter-tibial lat
- 11 Altura tibial lateral
- 12 Tibial medial-Maleolar medial
- 13 Pie





III Diámetros

- 14 Biacromial
- 15 Tórax transverso
- 16 Tórax anteroposterior
- 17 Bi-iliocrestídeo
- 18 Humeral
- 19 Femoral
- 20 Muñeca
- 21 Tobillo
- 22 Mano





Perímetros

- 23 Cabeza
- 24 Cuello
- 25 Brazo relajado
- 26 Brazo flexionado
- 27 Antebrazo máximo
- 28 Muñeca
- 29 Tórax meso-esternal
- 30 Cintura mínima
- 31 Onfálico/abdominal
- 32 Cadera máximo
- 33 Muslo máximo
- 34 Muslo medio
- 35 Pantorrilla máximo
- 36 Tobillo mínimo






V Pliegues

- 37 Triceps
- 38 Subescapular
- 39 Biceps
- 40 Cresta iliaca
- 41 Supraespinal
- 42 Abdominal
- 43 Muslo medial
- 44 Pantorrilla







	Título: <b>Evaluación Pre Participativa</b>	
	Versión: 1	Página: 20 de 26

**ANEXO 7**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS**

Fecha
/ /

Nombre:

FDN:

Modalidad:


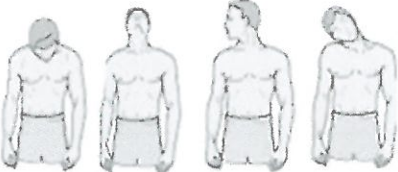




Edad:

FC:			
FR:			
Presión Arterial:			
Después de 5 minutos de descanso, sentado	BD		
	BI		

	Marcar con una "X"		Observaciones
	Sin alteración	Con alteración	
Apariencia			
<b>Aparatos y sistemas</b>			
Piel y faneras			
Edema periférico			
Ojos, oídos, nariz y garganta			
Audición			
Ganglios linfáticos			
Cardiovascular			
Ritmo cardíaco			
Sonidos cardíaco (sentado y de pie)			
Varices			
Pulsos periféricos			
Estigmas de Marfan (estatura alta, envergadura mayor que altura, huesos distales más largos, pectum, escavatum)			
Pulmones			








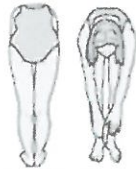
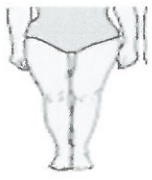

	Marcar con una "X"		Observaciones
	Sin alteración	Con alteración	
Abdomen			
Genitourinario: sólo hombres (Cuando proceda)			
Neurológico			
Agudeza Visual			
<b>Músculo esquelético</b>			
a 			
b 			
c 			
d 			
e 			
f 			







g				
---	---	--	--	--

		Marcar con una "X"		Observaciones
		Sin alteración	Con alteración	
h				
i				
j				
k				
l				

Firma y sello



	Título: <b>Evaluación Pre Participativa</b>	
	Versión: 1	Página: 23 de 26

**Leyenda**

- a. Inspección, deportista de pie frente al examinador.
- b. Flexo-extensión y laterización de izquierda a derecha del cuello.
- c. Evaluación del trapecio mediante elevación de hombros contra resistencia y evaluación de deltoides mediante abducción del hombro contra resistencia.
- d. Evaluación de los hombros mediante la rotación externa e interna de los hombros con codos en flexión de 90 grados.
- e. Evaluación de los codos mediante flexo extensión de los mismos.
- f. Evaluación de los codos mediante rotación y pronación de las manos.
- g. Evaluación de la mano mediante apertura y cierre de la misma.
- h. Evaluación funcional de las articulaciones del miembro inferior mediante la marcha de pato, cuatro pasos.
- i. Extensión de espalda.
- j. Flexión de espalda con rodillas extendidas.
- k. Inspección con el deportista de espalda al examinador.
- l. Andar sobre los dedos de los pies y sobre talones.



	Título: <b>Evaluación Pre Participativa</b>
	Versión: 1 <span style="float: right;">Página: 24 de 26</span>

**ANEXO 8**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS**

Fecha
/ /

Deportista:

FDN:

Modalidad:



**I. Resultados:**

AC	EN	CAT	CVI	NM	EP	ACT

**II. Recomendaciones de trabajo**

<input type="checkbox"/> Control Emocional	<input type="checkbox"/> Establecimiento de objetos
<input type="checkbox"/> Ejercicios de relajación	<input type="checkbox"/> Visualización
<input type="checkbox"/> Auto registros	<input type="checkbox"/> Ejercicios de atención y concentración

**III. Observaciones**

**IV. Conclusiones**

Apto

No Apto

Firma y Sello





Título: Evaluación Pre Participativa

Versión: 1

Página: 25 de 26

ANEXO 9

DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS

Fecha

/ /

Deportista:

FDN:

Modalidad:

I Antecedentes Patológicos

II Examen Clínico (llenado obligatorio)

III Resultados de Laboratorio (llenado obligatorio)

HB [ ] Hto [ ] Grupo Sanguíneo [ ] Glucosa [ ]  
Heces [ ] Orina [ ]

Observaciones [ ]

IV Resultados de Odontología (llenado obligatorio)

Total Caries [ ] Total necrosis Pulpar [ ] Piezas para exodoncia [ ]  
Presencia de foco séptico? [ ]

Observaciones [ ]

V Cineantropometría

Peso [ ] Kg Talla [ ] Mts. %Grasa [ ] Peso Óseo [ ]  
Peso Residual [ ] Peso Muscular [ ] Peso Graso [ ]

Observaciones [ ]

VI Cardiología (llenado obligatorio)

PA [ ] FC [ ]

Electrocardiograma [ ]

VII Perfil Psicológico [ ]

Condición General del Deportista: Apto [ ] No apto [ ]

Firma y sello del Médico Evaluador

Formato válido para deportistas que se encontrasen fuera de la capital (Lima y Callao).  
La condición del deportista es de Apto o No apto para determinada competencia deportiva.



**ANEXO 10**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS**

Fecha
/ /

Deportista:

FDN:

Modalidad:

El deportista, según el diagnóstico obtenido se encuentra:

- Apto para la participación en eventos deportivos
- Apto para la participación en eventos deportivos con las siguientes recomendaciones:

- No apto, siendo sometido a los siguientes exámenes adicionales:

Firma y sello

