



PNT-RMP-CV19
Versión 2

Mutualidad Futbolistas
Servicios Médicos
Avda. Majuelo, 18
S/C de Tenerife

**GUIA DE APLICACIÓN PARA RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DEPORTIVOS
PARA PREVENIR TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(COVID-19)**

MODIFICACIONES (Descripción breve del cambio respecto versión anterior)

V.1. Documento inicial – 08/06/2020	
V.2. Actualización enlace online / actualización formularios -	
Elaborado por: Dra. Almudena Rivera Deán	Firma y Fecha: 23/07/2020

LISTADO DE FORMATOS Y GUIAS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO

Código	Descripción
PNT-RMP-01-DR	Declaración responsable del deportista
PNT-RMP-02-DF	Declaración responsable del facultativo
PNT-RMP-03-FR	Ficha de reconocimiento médico
PNT-RMP-04-JR	Justificante y resultado del reconocimiento médico



PNT-RMP-CV19
Versión 2

*Mutualidad Futbolistas
Servicios Médicos
Avda. Majuelo, 18
S/C de Tenerife*

1	OBJETIVO.....	3
2	INTRODUCCION.....	3
3	CONCEPTOS BÁSICOS.....	3
4	CITA PREVIA.....	4
5	MATERIAL DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL.....	5
6	PROTOCOLO DE ACTUACION.....	5
7	ICONOGRAFÍA.....	6
8	MODELO PNT-RMP-01-DR.....	7
9	MODELO PNT-RMP-02-DF.....	8
10	MODELO PNT-RMP-03-FR.....	¡Error! Marcador no definido.
11	MODELO PNT-RMP-04-JR.....	¡Error! Marcador no definido.



PNT-RMP-CV19 Versión 2

*Mutualidad Futbolistas
Servicios Médicos
Avda. Majuelo, 18
S/C de Tenerife*

1 OBJETIVO

Definir un protocolo que permita la realización de reconocimientos médicos preventivos (RMP) en mutualistas adscritos a la Federación Tinerfeña de Fútbol y garantice la máxima protección de los deportistas y del personal que realiza los RMP, frente a la transmisión de enfermedades infecciosas de persona a persona, mediante la aplicación efectiva de precauciones universales.

2 INTRODUCCION

Las recomendaciones de esta guía responden a la necesidad, con motivo de la pandemia vinculada al COVID-19, de reforzar la protección tanto de los mutualistas como del personal sanitario y no sanitario de la Mutualidad, a través de medidas generales de prevención.

Todos los procedimientos incluidos en este protocolo deben ser dados a conocer mediante las vías de información habituales a todos los mutualistas con antelación a la solicitud de cita presencial para el RMP en la Mutualidad, de forma que se garantice la recepción de la información.

Este protocolo está sujeto a cuantas actualizaciones se considere necesario, una vez se retome la actividad de RMP, siempre observando las recomendaciones de las Autoridades Sanitarias, hasta que desde la Mutualidad, se determine volver al procedimiento estándar habitual en la realización de RMP y/o con las modificaciones que se puedan establecer.

Como condición imprescindible para la realización de los RMP, el **PERSONAL MÉDICO DE LA MUTUALIDAD**, tendrá a disposición del mutualista una declaración responsable diaria con relación al riesgo de padecer covid-19, según el formato PNT-RMP-02-DF.

Como condición imprescindible para la realización de los RMP, el **MUTUALISTA**, deberá presentar una declaración responsable con relación al riesgo de padecer covid-19, según el formato PNT-RMP-01-DR.

3 CONCEPTOS BÁSICOS

- **DEPORTISTA CON PNT-RMP-01-DR POSITIVA.** Deportista que en el documento de declaración responsable declara como positivo alguno de los epígrafes del mismo. Este deportista se considerará NO APTO para pasar el RMP.
- **FACULTATIVO CON PNT-RMP-02-DF POSITIVA.** Facultativo de la Mutualidad que en el documento de declaración responsable declara como positivo alguno de los epígrafes del mismo. Se suspenderán los RMP por parte del facultativo hasta nueva valoración desde los Servicios Médicos de la Mutualidad.



PNT-RMP-CV19 Versión 2

Mutualidad Futbolistas
Servicios Médicos
Avda. Majuelo, 18
S/C de Tenerife

- **CITA PREVIA.** Cita que se solicita única y exclusivamente vía telemática para pasar RMP en la Mutualidad y que será única para cada deportista, pudiendo asistir acompañados solamente los menores de 16 años o discapacitados que lo requieran.
- **RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVENTIVO.** Proceso clínico por el cual un deportista es considerado APTO/NO APTO para la práctica del fútbol en el ámbito de la Federación Tinerfeña de Fútbol. Todo RMP se inicia desde el momento en que el deportista accede a las instalaciones de la Mutualidad, incluida sala de espera y finaliza en el momento en que las abandona, una vez finalizada la consulta médica.
- **MEDIDAS PREVENTIVAS.** Incluyen todas aquellas medidas de prevención de enfermedades transmitidas persona a persona, que tanto el personal de la Mutualidad, como el mutualista y en su caso, acompañante, están obligados a respetar en todo momento durante todo el RMP.

4 CITA PREVIA

Para acceder a pasar RMP en la Mutualidad, sólo se podrá solicitar cita a través de la página web de la Mutualidad en la dirección: www.mutuafutboltenerife.es.

Con el fin de minimizar al máximo los contagios, en el momento de la consulta se evitará la manipulación de documentos, por tal motivo, en el proceso de cita on-line el deportista debe aportar vía telemática y como condición exigible para obtener la cita, los siguientes documentos debidamente completados y firmados, disponibles en <http://mutuafutboltenerife.es/formularios/>

1. Modelo PNT-RMP-01-DR, declaración responsable del deportista.
2. Modelo PNT-RMP-03-FR, ficha de reconocimiento médico del deportista.

NO SE TRAMITARÁ NINGUNA CITA SIN LA CORRECTA ENTREGA DE ESTA DOCUMENTACIÓN

Las citas son nominales e individuales, solamente están obligados a acudir a la consulta con acompañante los menores de 16 años o discapacitados que lo requieran, quienes deberán asistir acompañados por padre, madre o tutor (UN ÚNICO ACOMPAÑANTE).

Los deportistas deben acudir a consulta con su cartilla sanitaria infantil o documento similar que acredite las vacunas recibidas y en caso de padecer alguna patología crónica, con informe de su médico de cabecera o especialista con relación a la misma.

Las citas se dan cada 6 minutos, con un tiempo aproximado de consulta de 5 minutos y un tiempo de espera entre cada deportista de 1 minuto, con el fin de proceder a la desinfección de la consulta médica.

Todos los deportistas deben acudir a la consulta con la siguiente documentación:

- **Documento identificativo con foto.** Será válido cualquier documento oficial con fotografía para acreditar la identidad.
- **Informes médicos.** Los deportistas con tratamientos o patologías crónicas deben presentar informe de tal circunstancia emitido por su médico de atención primaria o especialista.
- **Registro de vacunas.** Los deportistas deben aportar su cartilla de vacunación infantil o documento similar que acredite su estado de vacunación.

5 MATERIAL DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

Todas las personas que acceden a la zona de reconocimiento médico deben seguir las siguientes recomendaciones preventivas.

- Se utilizará en todo momento una **mascarilla quirúrgica**.
- El facultativo de la Mutuality, **utilizará siempre mascarilla quirúrgica y guantes de nitrilo**.
- En todas las zonas se mantendrá siempre una **distancia de seguridad mínima** de un metro y medio, entre deportista, médico, personal de la mutuality y en su caso, acompañante.
- Antes de entrar a las instalaciones de la Mutuality el deportista deberá hacer uso de gel hidroalcohólico.

6 PROTOCOLO DE ACTUACION

1. ACCESO A LAS INSTALACIONES. El deportista y en su caso, acompañante, debe llegar a la Mutuality en la hora exacta en que haya sido citado y esperar en la zona exterior (Fig.1) hasta ser llamado por el personal de la Mutuality para acceder a la sala de espera situada en la primera planta. En el momento del acceso hará uso de gel hidroalcohólico.
2. ACCESO A LA SALA DE ESPERA. El deportista y en su caso, acompañante, seguirá las señales indicadoras de ENTRADA (Fig.2) que dirigen a la sala de espera, respetando en todo momento la distancia mínima de seguridad de 1 metro y medio. Una vez en la sala de espera, permanecerá sentado en el mismo banco de los habilitados (Fig.3), hasta ser llamado a consulta.
3. ACCESO A LA CONSULTA. El deportista accederá a la consulta y permanecerá sentado en la silla que se le asigne durante el tiempo que el facultativo hace revisión documental y anamnesis del proceso clínico.
4. PROCESO DE CONSULTA. Una vez finalizada la revisión documental y el proceso de historial clínico, el deportista seguirá en todo momento las indicaciones del facultativo durante la exploración clínica.
5. Finalizada la consulta, se procederá a la desinfección del material y mobiliario utilizados en el proceso asistencial.
6. FINALIZACIÓN DEL RMP. Una vez finalizado el proceso del RMP se hará entrega al deportista de un ÚNICO documento justificativo del reconocimiento según el modelo PNT-RMP-04-JR en el que constará:
 - a. Fecha del RMP
 - b. Identificación del deportista
 - c. Sello y firma del facultativo
 - d. Resultado del RMP
7. El deportista y en su caso, acompañante, deberá abandonar las instalaciones siguiendo las señales indicadoras de SALIDA (Fig.4) y respetando en todo momento la distancia mínima de seguridad de 1 metro y medio.

NO ESTARÁ PERMITIDO EN NINGÚN MOMENTO EL USO DE TELÉFONOS MÓVILES.

7 ICONOGRAFÍA



Fig.1



Fig.2



Fig.3



Fig.4

MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL DEPORTISTA

DATOS PERSONALES

Nombre Apellidos
DNI Lugar y Fecha Nacimiento
Madre / Padre / Tutor (en menores de 16 años)

CUESTIONARIO

¿Está usted diagnosticado con enfermedad por Coronavirus COVID 19 o convive con alguien diagnosticado, y por ello está sometido actualmente a aislamiento? NO SI En caso afirmativo, fecha de inicio del aislamiento

En caso de respuesta (SI), el deportista NO será sometido a RMP

¿Ha presentado en los últimos 14 días alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, dificultad respiratoria, pérdida de gusto y olfato, ¿mialgias, diarreas, dolor de garganta? NO SI En caso afirmativo, fecha de inicio de síntomas

En caso de respuesta (SI), el deportista NO será sometido a RMP

¿Ha tenido contacto estrecho en los 14 días previos con personas diagnosticadas de enfermedad por Coronavirus COVID 19? NO SI En caso afirmativo, fecha del contacto

En caso de respuesta (SI), el deportista NO será sometido a RMP

¿En el momento actual, usted o alguna de las personas que conviven con usted, se encuentran en cuarentena por contactos con enfermos COVID 19? NO SI En caso afirmativo, fecha del contacto

En caso de respuesta (SI), el deportista pasará el RMP, siempre que todas las respuestas anteriores haya sido NO

Yo como deportista (padre/madre/tutor, en caso de menores de 16 años), declaro que la información que he proporcionado en este documento es correcta.

- Firma del Deportista
- Firma del padre/madre/tutor

Revisados los datos declarados por el deportista (padre/madre/tutor, en caso de menores de 16 años) y como medida de prevención frente a la transmisión de covid-19, el deportista es considerado para pasar el reconocimiento médico deportivo:

APTO NO APTO

MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL FACULTATIVO

DATOS DEL FACULTATIVO

Nombre Apellidos
DNI Número de colegiado

CUESTIONARIO

¿Está usted diagnosticado con enfermedad por Coronavirus COVID 19 o convive con alguien diagnosticado, y por ello está sometido actualmente a aislamiento? NO SI En caso afirmativo, fecha de inicio del aislamiento

En caso de respuesta (SI), quedará suspendido el RMP

¿Ha presentado en los últimos 14 días alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, dificultad respiratoria, pérdida de gusto y olfato, ¿mialgias, diarreas, dolor de garganta? NO SI En caso afirmativo, fecha de inicio de síntomas

En caso de respuesta (SI), quedará suspendido el RMP

¿Ha tenido contacto estrecho en los 14 días previos con personas diagnosticadas de enfermedad por Coronavirus COVID 19? NO SI En caso afirmativo, fecha del contacto

En caso de respuesta (SI), quedará suspendido el RMP

¿En el momento actual, usted o alguna de las personas que conviven con usted, se encuentran en cuarentena por contactos con enfermos COVID 19? NO SI En caso afirmativo, fecha del contacto

En caso de respuesta (SI), se pasará el RMP, siempre que todas las respuestas anteriores hayan sido NO

Yo como facultativo responsable del reconocimiento médico preventivo, declaro que la información que he proporcionado en este documento es correcta.

Firma del Facultativo

Revisados los datos declarados por el facultativo y como medida de prevención frente a la transmisión de covid-19, el facultativo es considerado para realizar el reconocimiento médico deportivo al deportista:

APTO

NO APTO

FICHA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVENTIVO

DATOS PERSONALES

Nombre Apellidos
 DNI Fecha de nacimiento Teléfono

ANAMNESIS DIRIGIDA

Indicar sí o no si se ha padecido alguna de las siguientes enfermedades / síntomas

- | | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------|---|
| • Antecedentes enf. corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | • Dolor torácico | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| • Hipertensión | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | • Calendario Vacunas completo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| • Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | • Asma bronquial | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | • Fracturas frecuentes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| • Menos de 1h ejercicio/semana | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | • Palpitaciones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | • Visión borrosa | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| • Mareo o síncope | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | • Dolor cabeza o migraña | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN Y BIOMETRÍA (Completar únicamente los cuadros NO sombreados en azul)

Peso Talla IMC FCRep TA Rep / SO₂ Rep
 FCPEj FCPEj20" TA PEj / SO₂ PEj Pulsos Periféricos
 Vista Oído Auscultación cardiaca Auscultación respiratoria

OTROS DATOS

Lesiones previas: sí ¿cuáles? no
 Otras enfermedades: sí ¿cuáles? no
 Medicación: sí ¿cuáles? no
 Alergias conocidas: sí ¿cuáles? no

DATOS DEL CLUB

Nombre y Nº Club Categoría

FIRMAS

Deportista
 Padre/madre/tutor
 DNI:

Dr/a.
 Nº Colegiado:

JUSTIFICANTE DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

DATOS PERSONALES

Nombre _____ Apellidos _____

DNI _____ Fecha Nacimiento ____/____/____ Lugar _____ Tfno _____

RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

FECHA: _____

Como resultado del reconocimiento médico el deportista es considerado:

APTO

NO APTO

Validez del reconocimiento médico en años

FIRMA DEL FACULTATIVO RESPONSABLE DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

En La Laguna, a ____ de _____ de 20 ____

Fdo. Dra. Almudena Rivera Deán

Número de colegiado 38/4266