

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA

¿Quién debe hacer una solicitud de revisión médica?

Se debe enviar una Solicitud de Revisión Médica para los ciclistas con el estado de clase deportiva Confirmado o Revisable con Fecha de Revisión Fijada, si sus limitaciones de discapacidad y actividad ya no son consistentes con su clase deportiva actual.

Se debe enviar una Solicitud de Revisión Médica si:

- El impedimento relevante o la limitación de actividad de un deportista se ha vuelto menos severo, ya sea por intervención médica u otros medios. Los ejemplos de tales intervenciones incluyen, pero no se limitan a, inyecciones de botox para reducir la hipertensión o para aumentar el rango activo de movimiento, liberación de tendones, varillas de harrington o fijaciones articulares para ayudar a la postura / estabilidad, o cirugía correctiva del ojo.
- La deficiencia de un deportista es progresiva y se ha deteriorado hasta el punto de que el deportista probablemente ya no se ajuste a su clase deportiva actual.

Hacer una Solicitud de Revisión Médica

La Solicitud de Revisión Médica debe ser realizada por la Federación Autónoma del corredor y comprender:

- Debe completar este Formulario de Solicitud de Revisión Médica de manera legible y en castellano.
- Adjuntar documentación médica que demuestre que la discapacidad del atleta cambió después de la última evaluación del atleta.
- Una tarifa no reembolsable de 100 euros a la RFEC. La Solicitud de Revisión Médica no se procesará hasta que se reciba la tarifa.

La Solicitud de Revisión Médica debe ser recibida por la RFEC al menos 3 meses antes de la próxima competición en la que el atleta intenta competir.

Las solicitudes se deben enviar a la RFEC (Comisión de clasificación).

Consecuencias de una Solicitud de Revisión Médica

Si la RFEC, después de una revisión, observa que hay un cambio en la deficiencia o limitación de la actividad, el estado de la clase deportiva del deportista se cambiará a Revisión. En consecuencia, se le pedirá al ciclista que se someta nuevamente a la Evaluación del Atleta en la próxima oportunidad. Tenga en cuenta que la reevaluación no garantiza que la clase deportiva del ciclista cambie.

Consecuencias de no hacer una Solicitud de Revisión Médica

Cualquier fallo en la presentación de una Solicitud de Revisión Médica en circunstancias en que la RFEC determina que (a) se debe haber realizado una Solicitud de Revisión Médica y que (b) el deportista sabía o debería haber sabido que se debería haber realizado una Solicitud de Revisión Médica puede resultar que la RFEC trate ese fallo como un falseamiento intencionado por parte del deportista (ver Reglamento de clasificación de la RFEC, Falseamiento intencionado).

Datos personales

El deportista reconoce y acepta que la RFEC pueda compartir la información contenida en el presente Formulario de Solicitud de Revisión Médica con el CPE, su Federación Autónoma, clasificadores RFEC, el Director Médico RFEC y/o la Comisión Médica RFEC.

Federación Autónoma información:	
Federación Autónoma	
Persona de contacto de la F. Autónoma	
Detalles de la factura:	

Información del Deportista:			
Nombre			
Apellidos			
Fecha de Nacimiento			
Licencia Nº	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	
Clase deportiva	Estado de Clase Deportiva		

Próxima competición programada	
Nombre de la competición	
Fecha (dd/mm/aa)	
Lugar	

Detalles sobre el cambio en la discapacidad: Para ser completado por un profesional de la salud con experiencia relevante

En caso de intervención médica.

Por ejemplo, inyecciones de botox para reducir la hipertonia o para aumentar el rango activo de movimiento, liberaciones de tendones, varillas de harrington o fijaciones articulares para ayudar a la postura / estabilidad, o cirugía correctiva del ojo.

Fecha de la intervención:	
Lugar de realización de la intervención:	
Descripción de la intervención:	
Motivo de la intervención y resultados previstos:	

En caso de deterioro progresivo o fluctuante, lesiones, etc.

Fecha de inicio	
Descripción del cambio de discapacidad	

Documentación de apoyo adjuntada

--

Profesional de la salud

Confirmo que la información anterior es correcta			
Nombre			
Especialidad Médica			
Número Colegiado			
Dirección			
Ciudad		País	
Teléfono		E-mail	
Fecha		Firma	

Verificación de la Federación Autonómica

Persona de contacto que presenta la solicitud de revisión médica

Fed. Autonómica			
Nombre			
Función			
E-mail			
Fecha		Firma	