

Anexo III

Formulario de Consentimiento de Evaluación del Deportista

1. Acepto someterme al proceso de Evaluación del Deportista dirigido por un Panel de Clasificación designado. Entiendo que este proceso puede requerir que participe en ejercicios y actividades deportivas que pueden incluir que me sea observado mientras compito. Entiendo que existe un riesgo de lesiones al participar en dichos ejercicios y actividades, y confirmo que mi estado de salud es el adecuado para participar en esta evaluación.
2. Entiendo que tengo que cumplir con las peticiones hechas durante el Panel de Clasificación. Esto incluye proporcionar documentación suficiente para permitir que dicho panel determine si cumplo con los requisitos de elegibilidad para Para-Remo. Entiendo que si no cumplo con tal solicitud, entonces esta evaluación puede ser suspendida sin que se me asigne una Clase Deportiva.
3. Entiendo que esta evaluación requiere que haga mi mejor esfuerzo, y que cualquier tergiversación intencionada de mis habilidades, capacidades y / o del grado de mi deficiencia durante la misma, puede hacer que me enfrente a una acción disciplinaria (véanse las Reglas de tergiversación intencional del IPC en el Manual IPC, Sección 2, Capítulo 1.3).
4. Entiendo que la evaluación es un proceso de valoración y estoy de acuerdo con acatar la valoración del Panel de Clasificación. Si no estoy de acuerdo con la decisión del Panel de Clasificación, acepto seguir el proceso de Reclamación que regula esta Clasificación.
5. Estoy de acuerdo en ser grabado y fotografiado durante el proceso de evaluación y que esto pueda utilizarse para un mayor esclarecimiento con el objeto claro de determinar la Clase Deportiva a la que pertenezco.
6. Acepto y consiento que la F.E.R. procese mis datos personales en cualquier formato, incluyendo mi nombre completo, nacionalidad, fecha de nacimiento, deporte, clase deportiva, estado de clase deportiva e información médica relevante. Acepto y doy mi consentimiento para que la F.E.R. publique mi nombre, nacionalidad y Clase Deportiva y el estado de la misma, así como que lo comparta con terceros, tales como organizadores de competiciones oficiales de remo

☐ Deseo ayudar a la F.E.R. a desarrollar el sistema de Clasificación y, por lo tanto, permitir que la F.E.R. utilice mis datos recopilados durante la evaluación así como el material de video grabado durante el entrenamiento y la competición para fines de investigación y educación. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, y que cualquier dato retenido será anónimo y en una forma en la que no se divulgue la identificación del individuo.

Nombre del deportista	Firma	Fecha
-----------------------	-------	-------

Nombre del padre o tutor*	Firma	Fecha
---------------------------	-------	-------

* Esto es obligatorio si el deportista es menor de dieciocho (18) años.

Nombre del testigo	Firma	Fecha
--------------------	-------	-------

DECLARACIÓN DE CONDICIONES MÉDICAS QUE PUEDEN REQUERIR MEDIDAS DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Club: _____

Yo, _____, deseo competir en eventos de remo adaptado de la F.E.R.

[Por favor escribe el nombre completo]

Entiendo que la F.E.R. me requiera que declare cualquier condición médica conocida que pueda comprometer mi seguridad en el agua. Entiendo que debo indicar la gestión actual de mis condiciones.

HISTORIA MÉDICA PERTINENTE:

☐ Diabetes ☐ Enfermedad del corazón ☐ Cáncer ☐ Ictus ☐ Fractura reciente ☐ Asma ☐ Hipertensión

☐ Disreflexia autonómica ☐ Deshidratación ☐ Convulsiones ☐ Otras:

Posibles complicaciones médicas:

Pasos que deben tomarse si esto surge: _____

Alergias: _____

Relación completa de la medicación actual: _____

Entiendo que, si no declaro alguna condición médica conocida, y si esta condición resulta en tener que realizar un rescate, automáticamente se me considerará no eligible para la competición. También entiendo que, si una condición se hace evidente por primera vez durante una competición, y se diagnostica en ese momento, todavía seré elegible para competir siempre que se observe la gestión adecuada de dicha condición.

FIRMA DEL DEPORTISTA: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR [MENORES DE 18]: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____

NOMBRE DEL TESTIGO: _____

FECHA: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CLASIFICACIÓN DE PARA-REMO

Nombre: _____ Club: _____
Apellido: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa): _____
Número de DNI: _____ Fecha de caducidad: _____

Por favor adjunte la siguiente documentación según corresponda con su aplicación:

PR3-VI: documentación de la prueba de diagnóstico (incluido el formulario médico VI firmado por un oftalmólogo).

PR3-PD, PR2, PR1: Formulario de diagnóstico médico F.E.R. firmado por un médico, incluida otra información requerida, con una redacción clara.

=====

Para uso exclusivo del clasificador (A partir de aquí solo deben rellenarlo los Clasificadores)

Diagnóstico + Diagnóstico asociado + Otros Comentarios:

☐ Discapacidad visual: _____ (Consultar el formulario médico sobre discapacidad visual)

Discapacidad física:

☐ Amputado/a _____ desde: _____

☐ Nivel espinal deteriorado _____ Completo / Incompleto desde: _____

☐ Otros _____

☐ Documentación de discapacidad adjunta (obligatorio)

Progresiva: Sí / No

Convulsiones: Sí / No

Asma: Sí / No

Habilidad para caminar: Sí / No

Muletas / Ayudas: Sí / No

Silla de ruedas: Sí / No

Período de tiempo remando como remero adaptado: _____ Años _____ Meses

Experiencia en competiciones de Remo Adaptado: _____ Años **Número de competiciones:** _____

Lugar y fecha de la prueba: _____ Clase deportiva recomendada: PR3__ PR2__ PR1__ NE__

Elegible para PR3 Mix2x _____ (pérdida de al menos 20 puntos en una extremidad)

Comentarios del clasificador: _____

Clasificación Final: ☐ Nuevo ☐ Revisable ☐ Fecha de la revisión: _____ ☐ Confirmado

Si el estado R (revisable), indique las razones: _____

Firma, Clasificador (médico)

Firma, Clasificador (técnico)

Firma, Remero

Nombre impreso

Nombre impreso

Nombre impreso

Hora en el que el Remero fue informado de la clasificación: _____

TABLA DE EVALUACIÓN DE CLASIFICACIÓN DEPORTIVA DE PARA-REMO

Nombre del remero: _____

Club: _____

Test de Clasificación Funcional	Fuerza muscular o coordinación (escala de 0-5)		Rango de movimiento (escala de 0-10)	
EXTREMIDADES SUPERIORES	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Hombros				
Flexion				
Extension				
Codos				
Flexion				
Extension				
Muñecas				
Flexion				
Extension				
Dedos				
Flexion				
Extension				
TOTAL SUPERIORES: R (80) L (80)				
EXTREMIDADES INFERIORES	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Caderas				
Flexion				
Extension				
Rodillas				
Flexion				
Extension				
Tobillos				
Flexion (Flexión plantar)				
Extension (Dorsiflexion)				
TOTAL INFERIORES: R (60) L (60)				

Escalas para Fuerza Muscular

Número total de puntos:

/280

0 Sin contracción muscular

1 Parpadeo o rastro de contracción

2 Movimiento activo con la gravedad eliminada

3 Movimiento activo contra la gravedad en todo el rango de movimiento

4 Movimiento activo contra la gravedad y resistencia a lo largo del rango completo de movimiento

5 Potencia normal a través del rango completo de movimiento

Escalas para la Coordinación

0 Sin movimiento funcional en absoluto

1 Rango de movimiento articular severamente restringido debido a rigidez muscular hipertónica severa y / o movimientos mínimamente coordinados

2 Rango de movimiento articular severamente restringido, espasticidad severa-rigidez muscular hipertónica presente y / o problemas severos de coordinación

3 Rango de movimiento articular moderado, espasticidad moderada, con movimiento restringido por el tono y/o problemas de coordinación moderados

4 Rango de movimiento articular casi completo, con ligera espasticidad y ligero aumento en el tono muscular y / o problemas leves de coordinación

5 Capaz de moverse de principio a fin de manera fluida y consistente, manteniendo el Rango de movimiento articular completo de este movimiento

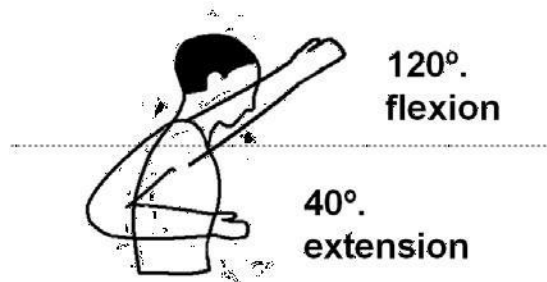
Nombre del remero: _____

Club: _____

Consulte los Rangos de Movimiento Articular para completar esta página.

Escala de puntuación AFROM para hombro

0°-80°	= 0 puntos
81°-100°	= 2 puntos
101°-120°	= 4 puntos
121°-140°	= 6 puntos
141°-159°	= 8 puntos
160°	= 10 puntos



Flexión del remero AFROM

D _____ I _____

Extensión del remero AFROM

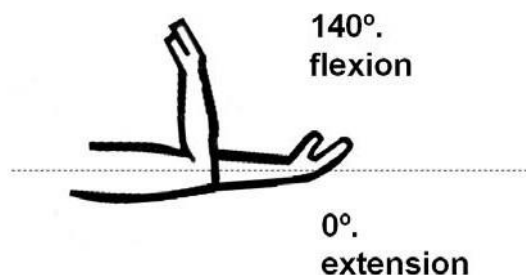
D _____ I _____

Total Hombro AFROM

D _____ I _____

Escala punt. AFROM para codo

0°-70°	= 0 puntos
71°-89°	= 2 puntos
90°-107°	= 4 puntos
108°-124°	= 6 puntos
125°-139°	= 8 puntos
140°	= 10 puntos



Flexión del remero AFROM

D _____ I _____

Extensión del remero AFROM

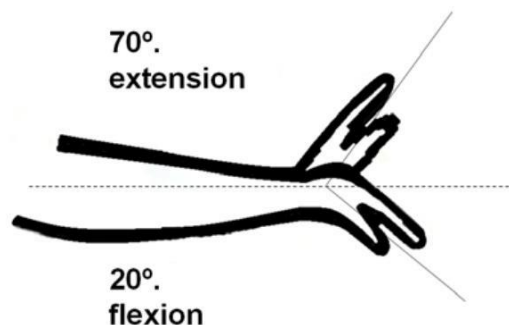
D _____ I _____

Total Codo AFROM

D _____ I _____

Escala de puntuación AFROM para muñeca

0°-45°	= 0 puntos
46°-56°	= 2 puntos
57°-67°	= 4 puntos
68°-78°	= 6 puntos
79°-89°	= 8 puntos
90°	= 10 puntos



Flexión del remero AFROM

D _____ I _____

Extensión del remero AFROM

D _____ I _____

Total Muñeca AFROM

D _____ I _____

Nombre del remero _____

Escala de puntuación AFROM para dedos

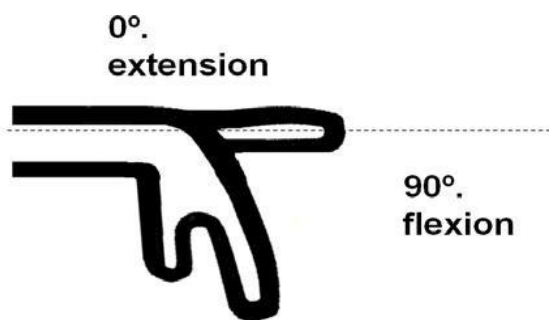
0°-45°	= 0 puntos
46°-56°	= 2 puntos
57°-67°	= 4 puntos
68°-78°	= 6 puntos
79°-89°	= 8 puntos
90°	= 10 puntos

Flexión del remero AFROM

D _____ I _____

Extensión del remero AFROM

D _____ I _____



Total Dedos AFROM

D _____ I _____

Escala de puntuación AFROM para caderas

0°-45°	= 0 puntos
46°-56°	= 2 puntos
57°-67°	= 4 puntos
68°-78°	= 6 puntos
79°-89°	= 8 puntos
90°	= 10 puntos

Flexión del remero AFROM

D _____ I _____

Extensión del remero AFROM

D _____ I _____



Total Cadera AFROM

R _____ L _____

Escala de puntuación AFROM para rodillas

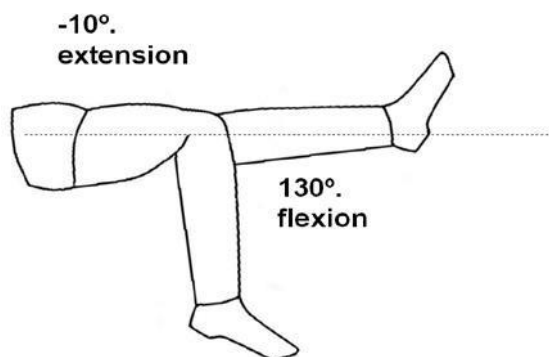
0°-60°	= 0 puntos
61°-75°	= 2 puntos
76°-90°	= 4 puntos
91°-105°	= 6 puntos
106°-119°	= 8 puntos
120°	= 10 puntos

Flexión del remero AFROM

D _____ I _____

Extensión del remero AFROM

D _____ I _____



Total Rodilla AFROM

D _____ I _____

Escala de puntuación AFROM para tobillos

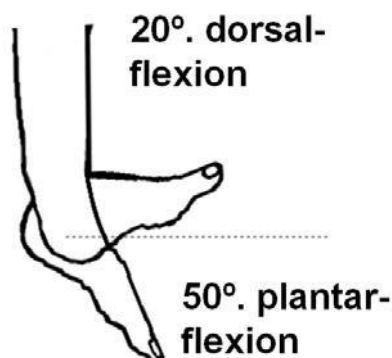
0°-35°	= 0 puntos
36°-43°	= 2 puntos
44°-52°	= 4 puntos
53°-61°	= 6 puntos
62°-69°	= 8 puntos
70°	= 10 puntos

Dorsi Flexión del remero AFROM

D _____ I _____

Flexión Plantar del remero AFROM

D _____ I _____



Total Tobillo AFROM

D _____ I _____

[illegible]

Discapacidad mínima:

(Consulte el Test de Clasificación Funcional de remo-adaptado)

Sí / No (marcar con un círculo): pérdida mínima de 10 puntos en una extremidad o 15 puntos en dos extremidades en la tabla del test de clasificación funcional anterior

Sí / No (marcar con un círculo) **Sí** Pérdida total de tres dedos en una mano.

Sí/ No (marcar con un círculo) Amputación transmetatarsiana de un pie.

TEST de SQUAT

<i>Test de Squat en 90 grados:</i>	<i>Pasa</i>	<i>Falla</i>
------------------------------------	-------------	--------------

Comentarios:

TEST de LONG SIT

Test de Long Sit: *Pasa* *Falla*

Comentarios:

Comentarios Adicionales:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Nombre del remero _____ Club _____

PRUEBA EN ERGÓMETRO Y OBSERVACIÓN EN AGUA

Comentarios sobre la prueba del ergómetro y la observación en el agua:

(Nota: Los comentarios deben proporcionar una indicación de si estas pruebas confirman los resultados de la prueba de banco y por qué, y si no, la razón por la que la prueba del ergómetro y / o la observación en el agua lleva a los clasificadores a confirmar una categoría diferente).

Protocolo	Comentarios
Describa el equilibrio sentado del remero	
Evaluacion – uso del carro ☐ S ☐ N	
Remero capaz de usar el carro ☐ S ☐ N	
Coordinación del remero < 30 ppm	
Coordinación del remero > 30 ppm	
Evaluacion – asiento fijo ☐ S ☐ N	
Flexión / extensión del tronco del remero	
Evaluacion – sujeto con cintas ☐ S ☐ N	
Test con prótesis ☐ S ☐ N ☐ N/A y/o ortesis para determinar la mejor funcionalidad del atleta	
¿El Remero es capaz de mantener la fuerza a lo largo de la prueba	
Duración de la evaluación: minutos	
Deportista remitido para observación en el agua ☐ S ☐ N	
Notas: ¿Hubo algo en la evaluación médica que haya orientado su evaluación técnica?	

No aceptada

Nombre del remero _____ **Club** _____

Decisión del Panel de Reclamación de Clasificación:

□ Consulte la documentación de clasificación recientemente completada

Proceso y Determinación:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Día y hora: _____

Nombres de los miembros de la mesa de reclamación de clasificación:

_____**Clasificador médico**

Clasificador técnico

Firmas: _____

Nombre del remero _____

Firma del remero _____