**FICHA DE IDENTIFICACIÓN PROGRAMA DEPORTE Y DISCAPACIDAD**

 Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Edad |  | N° de expediente clínico |  |
| Talla |  | Peso |  |
| Servicio de interconsulta |  | Tipo de lesión |  |
| Tiempo con la lesión  |  | Clasificación IWBF |  |

**Antecedentes deportivos**

|  |  |
| --- | --- |
| Deporte practicado antes de la lesión  |  |
| Frecuencia por semana  |  |

**Actividad Física**

|  |  |
| --- | --- |
| Deporte que practicas con la lesión  |  |
| Frecuencia por semana |  |
| Deporte adaptado que te gustaría practicar y obtener mayor información |  |

**Datos personales**

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección  |  |
| Teléfonos de contacto |  |
| Correo electrónico |  |

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en el documento, los cuales serán de uso exclusivo para dar atención al expediente clínico electrónico como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados.

**SESIONES DE ENTRENAMIENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Actividad** | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |