

PROTOCOLO DE ATENCIÓN SOBRE LA SALUD DURANTE LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

ÍNDICE:

1. Procedimiento de alta.
2. Actividades deportivas de 1 a 2 horas de duración.
3. Actividades deportivas de más de 2 horas de duración.
4. Protocolo de actuación en el supuesto de asistencia o auxilio al alumno.
5. Teléfonos de interés.
6. Anexos.
 - 6.1. Documento 1
 - 6.2. Documento 2.
 - 6.3. Informe médico.

1. Procedimiento de alta:

Durante el período de matriculación en la temporada en vigor, los padres/madres/tutores, tendrán la obligación de:

A. Especificar en el modelo de inscripción, la enfermedad, patología, o cualquier circunstancia, que tenga que poner en conocimiento y que pueda ser importante o relevante para la inscripción en la actividad.

B. En los supuestos en los que se especifique patología o enfermedad, el Patronato Municipal de Deportes reunirá toda la documentación e información necesarias para los casos:

1º. **Aportación del facultativo**, en el cual le acredita apto para la actividad deportiva en la cual se inscribe.

2º. **Aportación de informe médico**, donde se especifique:

- Diagnóstico.
- Prescripción de medicamentos, en caso de crisis. Incluir nombre del medicamento, presentación, vía de administración, dosis y cualquier información que pueda ser de interés sobre el paciente (posibles interacciones medicamentosas).

3º. Cumplimento del **Documento 1 y 2 (Apartado 6.1. y 6.2.)**

C. Una comisión de valoración de La Delegación de Deportes, valorará en 10 días, la información de todas las peticiones, y determinará la incorporación o no a la actividad, notificando a los padres/madres/tutores legales:

1º. Alta en la actividad:

- Fecha de Alta en la actividad.
- Información de la actividad que van a desarrollar.
- Derechos y obligaciones.
- Demás cuestiones que procedan.
- Firma del modelo de consentimiento informado en el que se solicita y autoriza la administración por parte del padre/madre/tutor legal. (**Documento 2 del Anexo 6.2.**)

- 2º. No es procedente el alta en la actividad:
- Información de los motivos.

D. Se elaborará por parte del Patronato Municipal de Deportes, una relación de alumnos/as, con los datos más relevantes aportados por los padres/madres o tutores legales:

1º. Se informará al personal técnico que tenga relación con el alumno/a, con las características fundamentales de la problemática alegada por los padres/madres o tutores legales.

2º. El monitor/a responsable de la actividad tendrá la decisión de hacerse cargo de la persona en cuestión, de forma voluntaria, y las condiciones en las cuales lo hará (administración o no de medicamentos, ayuda de terceras personas, presencia de familiares durante la realización de la actividad, etc.).

3º. Una vez incorporado a la actividad concreta se comunicará nuevamente a los monitores y personal auxiliar, el protocolo de incidencias y el plan de emergencias sanitarias.

4º. Se pasará un listado general de todos los alumnos/as con las características fundamentales de la problemática alegada por los padres/madres o tutores legales, en las instalaciones, bajo dominio del personal de instalaciones.

E. Se elaborará un listado con todos los teléfonos de urgencias médicas de la localidad.

2. Actividades deportivas de 1 a 2 horas de duración:

A. El padre/madre/tutor, tendrá que firmar una autorización, en la cual se compromete a estar presente durante el desarrollo de las sesiones, y aplicar la medicación a su hijo/a. En el supuesto de que no pueda estar presente, podrá delegar en otra persona, especificándola en la autorización, y dándole plenos poderes para la atención del alumno y la aplicación del medicamento. (**Documento 1 y 2 Anexo 6.1. y 6.2**).

B. No se aplicará, ningún medicamento por parte del personal técnico.

C. La persona responsable del alumno/a, prestará los primeros auxilios en caso de presentarse una crisis epiléptica, según las instrucciones recibidas (**deber de socorro y auxilio que obliga a todo ciudadano**).

3. Actividades deportivas de más de 2 horas de duración:

A. Firma modelo de consentimiento, en el cual se autoriza la administración por parte del padre/madre/tutor legal. (Se le autorizará, la entrada al lugar donde se imparte la actividad, para su atención y administración de medicamento a su hijo/a). (**Documento 1 y 2 Anexo 6.1. y 6.2.**)

B. Si el padre/madre/tutor legal, no puede estar presente durante el desarrollo de la actividad, podrá delegar por escrito en otra persona cumplimentando el **Documento 1 y 2 (Apartado 6.1. y 6.2.)**.

C. Al personal técnico, se le ofrecerá la información necesaria, mediante jornadas y cursos de formaci

4. Protocolo de actuación en el supuesto de asistencia o auxilio al alumno:

El monitor/a, determinará en primera instancia la situación, y valorará la actuación a seguir, en función de sus conocimientos y formación.

1. Si es una situación grave:

- Atender a la persona hasta que llegue los servicios médicos y sanitarios de urgencias.
- Avisar al guarda mantenedor de la instalación, a través de los alumnos/as de la actividad. Al objeto que se persone en el lugar de los hechos, para acceder a la zona donde está ubicado el teléfono, para llamar a urgencias, familiares y demás cuestiones que procedan.
- En el supuesto que la incidencia esté relacionada con algún problema cardiovascular que requiera la utilización del desfibrilador, lo podrá utilizar cualquier persona habilitada o formada para su utilización.
- Si no se tiene claro la actuación, llamar y esperar a los servicios médicos.
- El monitor, acompañará a la persona, hasta que se persone el familiar, (sea en la instalación o en el hospital de morón).
- El guarda, avisará a los grupos restantes de la incidencia.

2. Si es una situación que no reviste gravedad, ni necesita un traslado urgente:

- Atender a la persona, y al mismo tiempo se avisara al guarda mantenedor de la instalación, a través de alumnos de la actividad. Para que se persone en el lugar de los hechos, para acceder a la zona donde está ubicado el teléfono, y llamar a familiares y demás cuestiones que procedan.
- Se le trasladará a una la zona de botiquín o zona donde se esté lo más cómoda posible y el monitor/a pueda observar su evolución, mientras continúa con la sesión.
- Cuando llegue el familiar, se le explicará lo sucedido, y se hará cargo de la persona en cuestión.

3. Traslado de información:

- Monitores: comunicar al coordinador deportivo de la incidencia y de las actuaciones realizadas.
- Guarda mantenedor instalación: comunicar al coordinador instalación, de las incidencias y de las actuaciones realizadas.
- Dichos coordinadores trasladaran por escrito la incidencia a la Directora Gerente.

5. Teléfonos de interés:

URGENCIAS HOSPITAL	112
EMERGENCIAS	061
DELEGACION DEPORTES	95 485 22 36
C. D. ALAMEDA	955853488
PABELLÓN BLAS INFANTE	95 585 00 49

6. Anexo:

6.1. DOCUMENTO 1. COMUNICACIÓN PERSONA AUTORIZADA.

Datos personales del alumno:

Nombre: _____ Apellidos: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ Vive con: _____

Datos personales del padre/madre/tutor:

Nombre del Padre/tutor: _____
 Nombre: _____ Apellidos: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Nombre del Madre/tutor: _____
 Nombre: _____ Apellidos: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____

Teléfonos de emergencias:

NOMBRE Y APELLIDOS	TELÉFONO

Persona/s autorizadas para recoger al alumno/a:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO

Permanencia en el centro del alumno/a durante el curso:

PERIODO: DEL / / AL / /	
LUGAR:	
DE LUNES A VIERNES	DE __: __ H A __: __ H

6.2. DOCUMENTO 2. AUTORIZACIÓN APLICACIÓN MEDICAMENTO.

AUTORIZACIÓN APLICACIÓN MEDICAMENTO: (Adjuntar copia del informe del médico /pediatra).

Yo _____ con DNI.: _____ Padre/madre/tutor), del alumno/a. Autorizo a D^o/a: con DNI.: _____, en calidad de _____, para que administren al alumno/a, el Medicamento abajo indicado. Informándolo a sus padres ya sea mediante teléfono, o verbalmente cuando sea recogido el alumno/a dicho día.

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO

Firmado: Padre / madre / tutor

EN MORÓN DE LA FRONTERA, A _____ DE _____ DE 201 .

6.3. DOCUMENTO 3. INFORME MÉDICO.

INFORME MÉDICO

Reconocimiento efectuado por el Dr./Dra. _____
 Colegiado/a _____ de _____ médico de Dº/ª:
 _____. Al solicitante del PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES
 DE MORÓN DE LA FRONTERA.
 D./Dña. _____

CUESTIONARIO	SI	NO	En caso informativo, ESPECIFICAR
Está debidamente vacunado			
Presenta problemas cardiovasculares			
Es diabético			
Es hipertenso			
Ha padecido o padece enfermedad infectocontagiosa			
Tiene algún tipo de alergia			
Limitaciones en el campo visual y/o auditivo			
Dificultades en el manejo de sus extremidades			
Dificultades en el manejo de sus extremidades superiores			
Dificultad respiratoria			

EN MORÓN DE LA FRONTERA, A DE

DE 201 .