

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.

- **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.)**

PATRONATO MUNICIPAL DEPORTES

C. Una comisión de valoración del Patronato Municipal 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.

PATRONATO MUNICIPAL DEPORTES

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 formación

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 Socorrista, y personal 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 socorrista y al responsable 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.

PATRONATO MUNICIPAL DEPORTES

3. Traslado de información:

- **Socorrista:** comunicar al coordinador deportivo de la incidencia y de las actuaciones realizadas.
- Personal 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
PATRONATO MUNICIPAL DE 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: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del Madre/tutor:

Nombre: _____ Apellidos: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

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. me hago responsable de estar presente mediante
que se realiza la actividad, ya aplicar el/los medicamentos, necesarios a mi hijo/a.

Yo, _____ con DNI.: _____

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 20.

6.3. DOCUMENTO 3. INFORME MÉDICO.

INFORME MÉDICO

Reconocimiento efectuado por el Dr./Dra. _____
 Colegiado/a _____ de _____ médico de D^o/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 20