1. **Información General**
2. Federación y/o Asociación Deportiva Nacional:
3. Nombre del Fisioterapista a cargo de la presentación de este Informe:
4. Informe mensual correspondiente al mes de:
5. Lugar en donde se realizaron las terapias:
6. Horario de atención:
7. Días de atención:
8. **Objetivo planificado para el mes en el área de Fisioterapia:**
9. **Listado de Atletas atendidos en el mes:**
10. Atletas que presentan dolor normal no excesivo o reciben atención por prevención:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (s) atleta** | **PRT** | **PRESELECCIÓN** | **SELECCIÓN** | **Terapias realizadas** | **No. de inasistencias** | **Justificación inasistencia** | **DX Fisioterapéutico** | **TX** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Atletas que presenten una lesión especifica:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (s) atleta** | **Inicio cuadro clínico** | **DX Médico** | **Fecha del DX** | **Médico que evaluó**  | **PRT** | **Preselección** | **Selección** | **TX** | **Terapias realizadas** | **No. de inasistencias** | **Justificación de inasistencia** | **Evolución de la lesión** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Nota:*** *DX: Diagnóstico, TX: Tratamiento, PRT: Programa Retención de Talento*

|  |  |
| --- | --- |
| **Total de atletas PRT** |  |
| **Total de atletas selección** |  |
| **Total de atletas preselección** |  |
| **Total atenciones** |  |

1. **Otras actividades realizadas durante el mes:** (Respecto a actividades realizadas, como participación, capacitaciones, charlas, talleres, etc.)
2. **Gráfica de diagnósticos:**
3. **Observaciones:**
4. **Nombre y firma del fisioterapista del Programa Asistencia Técnica:**
5. **Nombre y firma del Director Técnico o Gerente General de la Federación y/o Asociación Nacional:**
6. **Nombre, firma y sello de un miembro de Comité Ejecutivo de la Federación y/o Asociación Nacional:**