

Nombre: _____ Apellidos: _____ Edad: _____
 Fecha Nac.: _____ Sexo: _____ D.N.I.: _____ Teléfono: _____

Antecedentes Personales: _____
 Antecedentes Familiares: _____
 Tratamientos Crónicos: _____ Alergias: _____
 Talla: _____ Peso: _____

VISIÓN

Agudeza Visual: OD ____ OI ____ Corrección Visual: SI ☐ NO ☐ Lentillas: SI ☐ NO ☐
 Campo Visual: _____ Estereoscópica: _____ Visión de colores: _____

CARDIORESPIRATORIO

ES OBLIGATORIO UN ECG PARA LA TRAMITACIÓN DE LA PRIMERA LICENCIA

Pulso: _____ Tensión Arterial: _____ Auscultación cardiopulmonar: _____
 ECG Basal de 12 derivaciones OBLIGATORIO para la 1ª Licencia y 30, 35 y 40 años.
 Detallar resultado: _____
 Prueba de Esfuerzo OBLIGATORIA para mayores de 45 años; (validez 2 años) ÚLTIMO AÑO DE REALIZACIÓN: _____
 Detallar resultado: _____

EXAMEN ORTOPÉDICO

VALORACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA

VIGILANCIA MÉDICA ESPECIAL

SI ☐ NO ☐ Observaciones: _____

VALORACION APTITUD

Apto / No apto para la práctica del deporte del automóvil cumpliendo con las normas médicas de la R.F.E. de A.

MÉDICO

Nombre: _____
 Nº Col: _____ Lugar: _____
 Firma, fecha y sello

DEPORTISTA

Nombre: _____
 Declaro que he informado exactamente al médico sobre mi estado de salud actual y sobre mis antecedentes y me comprometo a no hacer uso de sustancias y métodos prohibidos en la lista de la Agencia Mundial Antidopage.
 Firma

HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE

(debe ser cumplimentado por el interesado)

Antecedentes Médicos (enfermedades): ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, escriba cuales.

Antecedentes quirúrgicos: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, escriba cuales.

Problemas neurológicos: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, escriba cuales.

Problemas psicológicos: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, escriba cuales.

Problemas cardiovasculares: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, escriba cuales.

Problemas oftalmológicos: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, escriba cuales.

Problemas neumológicos (ejemplo: asma): ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, escriba cuales.

Problemas alérgicos: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, escriba cuales.

¿Está usted siendo tratado por algún problema médico?

Toma usted medicamentos: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, escriba cuales.

*Examen Médico de aptitud exigido a partir del mes de Enero del año 2009 por el Anexo L del Anuario, Capítulo II, en base a la normativa FIA vigente.

*Según lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados:
 a) de la existencia de un fichero para el tratamiento de datos de carácter personal, destinado a tener amplio conocimiento de las posibles patologías que puedan afectar a los deportistas, por parte de la Comisión Médica de la R.F.E. de A.
 b) de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
 c) el responsable del fichero es la R.F.E. de A, con domicilio en Madrid, calle Escultor Perejón nº 68, bis 28023 Madrid