

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 FAPA.  
 .....

**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 FAPA.  
 b) de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.