

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES: \_\_\_\_\_  
ANTECEDENTES FAMILIARES: \_\_\_\_\_  
TRATAMIENTOS CRONICOS: \_\_\_\_\_ ALERGIAS: \_\_\_\_\_  
TALLA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

AGUDEZA VISUAL: OD: \_\_\_\_\_ OI: \_\_\_\_\_ CORRECCION VISUAL: \_\_\_\_\_ LENTILLAS: \_\_\_\_\_  
CAMPO VISUAL: \_\_\_\_\_ ESTEREOSCOPICA: \_\_\_\_\_ VISION DE COLORES: \_\_\_\_\_

PULSO: \_\_\_\_\_ TENSION ARTERIAL: \_\_\_\_\_ AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR: \_\_\_\_\_

EXAMEN ORTOPEDICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VALORACION FISICA Y PSICOLOGICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VIGILANCIA MEDICA ESPECIAL: SI NO  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ECG: VALORACIÓN: \_\_\_\_\_  
DEBERÁ APORTARSE LA PRIMERA VEZ QUE SE SOLICITE LA LICENCIA Y A PARTIR DE LOS 30 AÑOS, CADA 5 AÑOS.

APTO / NO APTO  
PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE DEL AUTOMOVILISMO CUMPLIENDO CON LAS NORMAS MÉDICAS DE LA F.A.I.B.  
VALORACIÓN: \_\_\_\_\_

### MEDICO

DR. D: \_\_\_\_\_  
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 METODOS PROHIBIDOS EN LA LISTA DE LA AGENCIA MUNDIAL ANTIDOPAJE.