

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

N.º 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.

antecedentes médicos (enfermedades):      SI      NO      EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

antecedentes quirúrgicos:      SI      NO      EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

Problemas neurológicos:      SI      NO      EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

Problemas psicológicos:      SI      NO      EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

Problemas cardiovasculares:      SI      NO      EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

Problemas oftalmológicos:      SI      NO      EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

Problemas respiratorios:      SI      NO      EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

Problemas alérgicos:      SI      NO      EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

¿ESTA UD. SIENDO TRATADO POR ALGUNA PROBLEMA MÉDICO?:

¿TOMA USTED ALGÚN MEDICAMENTO?:      SI      NO      EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

DECLARO QUE HE INFORMADO EXACTAMENTE SOBRE MIS ANTECEDENTES Y ESTADO DE SALUD ACTUAL      FIRMA:

SOLICITANTE, D/D<sup>a</sup> : \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_\_

SEGÚN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 5.1 DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999 DEL 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARACTER PERSONAL, SE INFORMA A LOS INTERESADOS DE LA EXISTENCIA DE UN FICHERO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARACTER PERSONAL DESTINADO A TENER AMPLIO CONOCIMIENTO DE LAS POSIBLES PATOLOGÍAS QUE PUEDAN AFECTAR A LOS DEPORTISTAS POR PARTE DE LA COMISIÓN MÉDICA DE LA FAIB DE LA POSIBILIDAD DE EJERCITAR LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN.

EL RESPONSABLE DEL FICHERO ES LA FAIB, CON DOMICILIO EN EDIFICIO PALMA ARENA, CALLE URUGUAI S/N.

## CONTROL MÉDICO:

TODOS LOS PILOTOS Y COPILOTOS QUE DESEEN SOLICITAR LA LICENCIA CORRESPONDIENTE PARA PARTICIPAR EN COMPETICIONES ORGANIZADAS POR ESTA FEDERACIÓN, DEBERÁN PASAR UN CONTROL MÉDICO ANUAL, TRAS EL CUAL PODRÁN, SIEMPRE QUE SEAN MÉDICAMENTE APTOS PARA ELLO, OBTENER LA CITADA LICENCIA.

LOS EXÁMENES A REALIZAR SON LOS SIGUIENTES:

### **EXAMEN ORTOPÉDICO.**

#### **EXAMEN VISUAL:**

- AGUDEZA VISUAL ANTES O DESPUÉS DE LA CORRECCIÓN DE 9/10 PARA CADA OJO, O DE 8/10 PARA UN OJO Y 10/10 PARA EL OTRO. ADEMÁS, TODO SUJETO QUE TENGA UNA AGUDEZA VISUAL DISMINUIDA Y NO CORREGIBLE EN UN SOLO OJO, PERO TENIENDO OBLIGATORIAMENTE UNA VISIÓN CONTRALATERAL, CORREGIDA O NO, IGUAL O SUPERIOR A 10/10, PUEDE OBTENER UNA LICENCIA DE CONDUCTOR CON LAS CONDICIONES SIGUIENTES Y DESPUÉS DE UN EXAMEN EFECTUADO POR UN OFTALMÓLOGO ESPECIALISTA (QUE SE ADJUNTA AL PRESENTE INFORME): CAMPO DE VISIÓN ESTÁTICA IGUAL O SUPERIOR A 120°, LOS 20° CENTRALES NO DEBEN TENER NINGUNA ALTERACIÓN; VISIÓN DE COLORES NORMAL, VISIÓN ESTEREOSCÓPICA FUNCIONAL; ESTADO DEL FONDO DE OJO EXCLUYENTE DE UNA RETINOPATÍA PIGMENTARIA; TODA LESIÓN, ANTIGUA O CONGÉNITA, SERÁ ESTRICTAMENTE UNILATERAL.
- VISIÓN DE LOS COLORES NORMAL (EN CASO DE ANOMALÍA, RECURSO A LA TABLA DE ISHIHARA, Y EN CASO DE ERROR, A LA LINTERNA DE BEYNE O SISTEMA ANÁLOGO); EN TODO CASO NO PUEDEN DARSE ERRORES EN LA PERCEPCIÓN DE LOS COLORES DE LAS BANDERAS UTILIZADAS EN LAS COMPETICIONES INTERNACIONALES.
- CAMPO DE VISIÓN ESTÁTICA IGUAL O SUPERIOR A 120°, LOS 20° CENTRALES NO PUEDEN TENER NINGUNA ALTERACIÓN.
- VISIÓN ESTEREOSCÓPICA: FUNCIONA. EN CASO DE ANOMALÍA, RECURRIR A LOS TEST DE WIRTH, DE BAGOLINI (LENTEs ESTIRADAS) O TEST ANÁLOGOS.
- PARA LA CORRECCIÓN, SE ADMITEN LAS LENTES DE CONTACTO, A CONDICIÓN: QUE LAS HAYAN USADO DURANTE MÁS DE DOCE MESES, Y CADA DÍA DURANTE UN TIEMPO SIGNIFICATIVO; Y QUE EL OFTALMÓLOGO LAS CERTIFIQUE APROPIADAS PARA LAS CARRERAS DE AUTOMÓVILES.

#### **ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES INCOMPATIBLES CON LA OBTENCIÓN DE LICENCIA:**

- EPILEPSIA, CON MANIFESTACIÓN CLÍNICA O BAJO TRATAMIENTO;

#### **DISCAPACIDADES O ENFERMEDADES QUE REQUIEREN UN PERMISO MÉDICO DE LA F.A.I.B.**

- AMPUTACIONES, EXCEPTO EN EL CASO DE DEDOS DE LA MANO DONDE LA FUNCIÓN DE ASIR SE CONSERVE EN AMBAS MANOS.
- PRÓTESIS SI EL RESULTADO FUNCIONAL NO ES NORMAL O SIMILAR A LA NORMAL.
- LIMITACIÓN FUNCIONAL DE GRANDES ARTICULACIONES SUPERIOR AL 50% SALVO PERMISO ESPECIAL DE LA COMISIÓN MÉDICA DE LA F.A.I.B. TRAS EL OPORTUNO RECONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LAS MISMAS, ASÍ COMO LAS CAPACIDADES DEL AFECTADO. DICHO PERMISO SE REGISTRARÁ POR LOS CRITERIOS FIA PUBLICADOS EN EL ANEXO L CAPÍTULO I ART. 10.
- DIABETES INSULINO-DEPENDIENTE O EN TRATAMIENTO CON SULFONILUREAS, CON LA CONDICIÓN DE QUE SEA PRESENTADO A LA ENTIDAD MÉDICA APROBADO POR LA ADN, UN DOCUMENTO CONFIDENCIAL ACREDITATIVO DE LA SUPERVISIÓN REGULAR DEL INTERESADO Y DE SU TRATAMIENTO, Y QUE EL CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LLEVE LA MENCIÓN "NECESARIO SUPERVISIÓN MÉDICA".
- EL INFARTO DE MIOCARDIO Y LA ISQUEMIA MIOCÁRDICA, ESTADO CARDIOVASCULAR PATOLÓGICO.
- LIMITACIÓN FUNCIONAL DE LAS ARTICULACIONES DE LAS MANOS SUPERIORES AL 50% Y QUE AFECTE A DOS O MÁS DEDOS DE LA MISMA MANO.
- PRÓTESIS QUE PERMITAN REALIZAR UNA ACTIVIDAD FUNCIONAL PRÓXIMA O IGUAL A LA NORMAL.
- LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS.
- TODO PROBLEMA "LÍMITE" O DUDOSO (CONCERNIENTE POR EJEMPLO A LA VISTA, UNA ENFERMEDAD, UNA PATOLOGÍA RARA, ETC.) A CRITERIO DEL MÉDICO EXAMINADOR.
- LOS GRANDES CUADROS SENSITIVO-MOTORES (MONOPLEJÍA, HEMIPLEJÍA, PARAPLEJÍA, ETC...)

EL MÉDICO QUE REALICE EL EXAMEN O CONTROL, DEBERÁ PRESTAR UNA ATENCIÓN ESPECIAL A LO CONTENIDO EN ESTOS APARTADOS LLEGADO EL MOMENTO DE CUMPLIMENTAR SU INFORME O CERTIFICADO. DEBERÁ OBLIGATORIAMENTE UTILIZAR Y RELLENAR COMPLETAMENTE EL FORMULARIO MÉDICO DE LA F.A.I.B. SALVO LOS APARTADOS QUE INDIQUEN "OPCIONAL".

**DEBE ESPECIFICARSE LA TOMA REGULAR DE MEDICAMENTOS QUE PUEDAN PERTURBAR LA CONDUCCIÓN DE AUTOMÓVILES.**

EN SU CASO, LOS RESULTADOS DE ESTOS EXÁMENES PUEDEN REFLEJARSE EN EL CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL HACIENDO REFERENCIA A TODOS LOS APARTADOS.

EL INFORME DEBERÁ SER FIRMADO POR EL MÉDICO EXAMINADOR Y EL SOLICITANTE.