FAIB
FEDERACIO AUTOMOBILISME ILLES BALEARS

EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA LA OBTENCION DE LA LICENCIA
(Rellenar todos los campos)

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: ..... Tensión arterial: ..... Auscultación Cardiopulmonar: .....

EXAMEN ORTOPEDICO: .....
.....

VALORACION FISICA Y PSICOLOGICA: .....
.....

VIGILANCIA MEDICA ESPECIAL: SI ☐ NO ☐
Observaciones: .....
.....

ECG: Valoración: .....
El ECG deberá aportarse la primera vez que se solicite la licencia y a partir de los 30 años, cada cinco 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.

HISTORIAL MEDICO DEL SOLICITANTE (debe ser cumplimentado por el interesado)

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

Solicitante, D/Dª : ..... Firma:
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:
a) 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
b) de las posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
c) El responsable del fichero es la FAIB, con domicilio en edificio Palma Arena, calle Uruguai s/n,