



FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES

Apellido:.....Nombres:.....

Fecha de Nacimiento:.....Tipo y N^a de Documento:.....

Domicilio:.....Localidad:.....Provincia:.....

C/P:.....Tel:.....E-mail:.....

HISTORIA MÉDICA (a ser llenado por el solicitante)

OBSERVACIONES

| | | | |
|---|----|----|-------|
| Pérdida de conciencia por cualquier motivo, mareos o dolor de cabeza | SI | NO | _____ |
| Trastornos oculares (excepto anteojos). | SI | NO | _____ |
| Asma. | SI | NO | _____ |
| Alergia a medicinas o drogas. | SI | NO | _____ |
| Diabetes. | SI | NO | _____ |
| Problemas cardíacos. | SI | NO | _____ |
| Desórdenes de presión sanguínea. | SI | NO | _____ |
| Problemas estomacales (úlceras, etc.) | SI | NO | _____ |
| Problemas uro-genitales. | SI | NO | _____ |
| Epilepsia o convulsiones. | SI | NO | _____ |
| Desórdenes mentales o nerviosos. | SI | NO | _____ |
| Trastornos en los brazos o piernas, incluido calambres o rigidez en las articulaciones. | SI | NO | _____ |
| Problemas sanguíneos con tendencia a hemorragias. | SI | NO | _____ |
| Operaciones. | SI | NO | _____ |
| Toma regularmente medicinas o drogas. | SI | NO | _____ |
| Otras enfermedades. | SI | NO | _____ |

A) No he tenido prohibido, por razones médicas, tomar parte en cualquier otro deporte.

B) No consumo drogas ni abuso del alcohol.

C) En caso de emergencia, autorizo a cualquier persona calificada a suministrarme el tratamiento necesario, médico o quirúrgico, incluido la administración de sangre o derivados sanguíneos. Autorizo igualmente a informar mi condición médica al Director de la Carrera o Referee y a mi propio Doctor y a mis familiares.

D) Declaro que la información que he suministrado es verdadera.

E) Autorizo que la información de la Revisación Médica sea enviada al Servicio Médico que designe la Confederación Argentina de Motociclismo Deportivo.

Firma del solicitante (o del padre, responsable o tutor, para el caso de menores de edad)

Lugar y Fecha

REVISACIÓN MÉDICA

datos a ser completados por el médico interviniente

| | Normal | Anormal | Detalles (si es anormal) |
|--|--------|---------|--------------------------|
| Sistema cardio vascular: | _____ | _____ | _____ |
| Presión sanguínea: | _____ | _____ | _____ |
| Pulso: | _____ | _____ | _____ |
| Sistema respiratorio: | _____ | _____ | _____ |
| Sistema nervioso: | _____ | _____ | _____ |
| Cabeza | _____ | _____ | _____ |
| Periférico | _____ | _____ | _____ |
| Garganta, nariz y oídos, en particular | _____ | _____ | _____ |
| aparato vestibulo-coclear: - derecho | _____ | _____ | _____ |
| - izquierdo | _____ | _____ | _____ |
| Sistema locomotriz: | | | |
| Brazo: | | | |
| - derecho | _____ | _____ | _____ |
| - izquierdo | _____ | _____ | _____ |
| Pierna: | | | |
| - derecha | _____ | _____ | _____ |
| - izquierda | _____ | _____ | _____ |
| Columna vertebral: | _____ | _____ | _____ |
| Abdomen (hernia): | _____ | _____ | _____ |
| Ojos: | _____ | _____ | _____ |
| Visión a la distancia - derecho | _____ | _____ | _____ |
| - izquierdo | _____ | _____ | _____ |
| - derecho | _____ | _____ | _____ |
| - izquierdo | _____ | _____ | _____ |
| Grupo sanguíneo: factor RH..... | | | |
| Orina: | _____ | _____ | _____ |
| Albúmina | _____ | _____ | _____ |
| Glucosa | _____ | _____ | _____ |

Otros comentarios:.....

.....

- Yo, el abajo firmante, certifico que esta persona ES APTA para participar de competencias de motociclismo.
- Yo, el abajo firmante, certifico que esta persona NO ES APTA para participar de competencias de motociclismo.
- Yo recomiendo que esta persona sea examinada por un médico que designe la Confederación Argentina de Motociclismo Deportivo.

(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

Lugar y FechaSello del Hospital/ SanatorioFirma y sello del Médico