



**Confederación Argentina de Motociclismo Deportivo**  
 Carlos Antonio López N° 2831, (1419) Capital Federal, Te: 011- 45718223

**FICHA MÉDICA**

**DATOS PERSONALES**

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

Fecha de Nacimiento:..... Tipo y N° 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

