



Confederación Argentina de Motociclismo Deportivo
Carlos Antonio López Nº 2831, (1419) Capital Federal, Tel. 011- 45718223

FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES

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

Fecha de Nacimiento:..... Tipo y Nº 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 cardío 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 Fecha

Sello del Hospital/ Sanatorio

Firma y sello del Médico