



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 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

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 Fecha

Sello del Hospital/ Sanatorio

Firma y sello del Médico