



Confederación Argentina de Motociclismo Deportivo
Carlos Antonio López N° 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