



Federación Argentina de Motociclismo

FICHA MÉDICA DEPORTIVA

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRES: DNI:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: ESTADO CIVIL:

DOMICILIO: N° PISO DEP

PROVINCIA: LOCALIDAD: CP:

TE: E-MAIL:

Por la presente declaro que: no he tenido, ni tengo prohibida la práctica de ningún deporte por razones médicas. Toda la información que he suministrado la realizo en carácter de declaración jurada. Autorizo: en caso de emergencia a cualquier persona calificada, designada por la organización del evento, me haga tratamiento médico o quirúrgico incluido transfusiones.

FIRMA SOLICITANTE: _____

INFORME MEDICO CLÍNICO

Laboratorio (Hemograma – Glucemia – Uremia – Orina completa – Grupo Sanguíneo y factor)

RESULTADO: NORMAL SI NO

ANTECEDENTES: (Tachar lo que no corresponda)

Pérdida de conocimiento	SI	NO	Antecedentes Cardíacos	SI	NO	Alergias	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	Hipertensión Arterial	SI	NO	Toma alcohol	SI	NO
Tratamientos Psicológicos	SI	NO	Problemas Urogenitales	SI	NO	Asma	SI	NO
Problemas sanguíneos	SI	NO	Ant. Ulcera	SI	NO	Usó drogas	SI	NO
Problemas oculares	SI	NO	Gastroduodenal	SI	NO			

OBSERVACIONES: _____

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

Agudeza Visual: NORMAL SI NO
 Tensión Ocular: NORMAL SI NO
 Visión color: NORMAL SI NO

ELECTROCARDIOGRAMA:

RESULTADO: NORMAL SI NO

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRENTE

RESULTADO: NORMAL SI NO

CONCLUSIONES:

EL SOLICITANTE ES APTO MEDICAMENTE PARA LA PRACTICA DE DEPORTES MOTO CICLÍSTICOS DE ALTO RIESGO

LUGAR Y FECHA: _____

Sello Institución Médica

Sello Médico

Firma Médico

TODA LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN ESTA FICHA SERA REAL Y PRECISA, LA CUAL SE TOMARA EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DNI 1^{ra}, 2^{da} HOJA, Y CAMBIO DE DOMICILIO