

FICHA MEDICA DEPORTIVA

DATOS DEL PILOTO Fecha _____ Lugar _____

Nombre y apellido: _____ DNI: _____
Fecha de nacimiento _____ Edad: _____
Domicilio: _____ N° _____ Piso _____ Dpto _____
Localidad: _____ Pcia: _____ CP: _____
Tel: _____ E-mail: _____

Por la presente declaro que, no he tenido ni tengo prohibida la práctica de ningún deporte por razones médicas. Así mismo declaro que la información que he suministrado en la presente ficha médica es en carácter de declaración jurada.

Autorizo en caso de emergencia a cualquier persona calificada, asignada por la organización del evento deportivo en el que participo, me realice el tratamiento médico o quirúrgico si fuera necesario, así como transfusiones.

Firma solicitante: _____

Informe médico clínico

Laboratorio (Hemograma, Glucemia, Uremia, Orina completa, Grupo sanguíneo y factor)

Resultado: Normal SI NO

Antecedentes (Tachar lo que no corresponda)

Antecedentes cardíacos	SI	NO	Pérdida de conocimiento	SI	NO
Hipertensión arterial	SI	NO	Convulsiones	SI	NO
Problemas urogenitales	SI	NO	Problemas oculares	SI	NO
Ant. ulcera	SI	NO	Problemas sanguíneos	SI	NO
Gastroduodenal	SI	NO	Tratamientos psicológicos	SI	NO

Alergias	SI	NO
Asma	SI	NO
Toma alcohol	SI	NO
Uso de drogas	SI	NO

Observaciones: _____

Exámen oftalmológico

Agudeza visual (normal)	SI	NO
Tensión ocular (normal)	SI	NO
Visión color (normal)	SI	NO

Electrocardiograma

Resultado normal: SI NO

Radiografía de tórax frontal

Resultado normal: SI NO

EL SOLICITANTE ES APTO MEDICAMENTE PARA LA PRACTICA DE DEPORTES MOTOCICLISTICOS DE ALTO RIESGO.

Sello institución médica

Sello Médico

Firma Médico