

fepad

FEDERACION PERUANA DE AUTOMOVILISMO DEPORTIVO

EXAMEN MEDICO DE APTITUD

Para obtener la Licencia Deportiva Nacional

SOCIO CLUB

DATOS PERSONALES

>> Es de manera obligatoria rellenar los datos solicitados en la ficha <<

Nombre: _____ Apellidos: _____

Domicilio: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

F. de Nacimiento: _____ Edad: _____ Telf.: _____ Email: _____

FOTO

DATOS OFTALMOLOGICOS

Agudeza Visual	<u>OD</u>	<u>OI</u>	Corrección visual obligatoria (Anteojos)	SI	NO
Sin Corrección	/10	/10	Lentes de Contacto	SI	NO
Con Corrección	/10	/10	Estereoscópica	_____	_____
			Campo Visual	_____	_____

LABORATORIO

Hematocrito (Calidad de sangre)

Hemoglobina (Cantidad de sangre)

Grupo Sanguineo

EXAMEN MEDICO

Talla _____

Antecedentes patológicos _____

Locomotor _____

Bdomen _____

Peso _____

Presión _____

Pulmones _____

Otorrino _____

Alergias

CARDIO RESPIRATORIO

Infarto Cardiaco

Pulso _____

Tension Arterial _____

Hipertensión Arterial

Diabetes

Glucosa _____

Prótesis dental

Vacunación antitetánica

Declaro que he informado exactamente al médico sobre mi estado de salud actual y sobre mis antecedentes y me comprometo a no hacer uso de sustancias y métodos prohibidos en la lista de la Agencia Mundial Antidopage.

FIRMA

CONSTANCIA DE APTITUD FISICA ANUAL

Fecha _____ Nombre del médico _____ C.M.P. _____

Apto

No apto

para el deporte Automovilístico cumpliendo las normas en la ficha.

Mayores de 45 años presentar Prueba de esfuerzo físico.