



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

