

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Cod. Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Antecedentes personales: \_\_\_\_\_  
Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_  
Tratamientos crónicos: \_\_\_\_\_  
Atura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Agudeza Visual: OD: \_\_\_\_\_ OI: \_\_\_\_\_ Corrección Visual: \_\_\_\_\_ Lentillas: \_\_\_\_\_  
Campo Visual: \_\_\_\_\_ Estereoscopia: \_\_\_\_\_ Visión de colores: \_\_\_\_\_

Pulso: \_\_\_\_\_ Tensión Arterial: \_\_\_\_\_ Auscultación cardiopulmonar: \_\_\_\_\_

Examen Ortopédico: \_\_\_\_\_

Valoración Física y Psicológica: \_\_\_\_\_

Vigilancia médica especial: Si  No

Observaciones: \_\_\_\_\_

Opcional:

Analítica: Valoración: \_\_\_\_\_

ECG: Valoración: \_\_\_\_\_

Aptitud para la práctica del deporte del automóvil cumpliendo las normas de la EAF-FVA

Apto  No Apto

Valoración: \_\_\_\_\_

MEDICO

Dr. \_\_\_\_\_

N° Col.: \_\_\_\_\_ Firma fecha y sello:

Lugar: \_\_\_\_\_

DEPORTISTA

Nombre . \_\_\_\_\_

Declaro haber informado exactamente al médico sobre mi estado de salud actual y mis antecedentes. Me comprometo a no hacer uso de sustancias y métodos prohibidos en la lista de la Agencia Mundial de Antidopaje: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Caducidad: 3 meses

# HISTORIAL MEDICO DEL SOLICITANTE

(Debe ser cumplimentado por el interesado)

Antecedentes médicos (enfermedades): Si  No

Descripción: \_\_\_\_\_

Antecedentes quirúrgicos: Si  No

Descripción: \_\_\_\_\_

Problemas neurológicos: Si  No

Descripción: \_\_\_\_\_

Problemas psicológicos: Si  No

Descripción: \_\_\_\_\_

Problemas cardiovasculares: Si  No

Descripción: \_\_\_\_\_

Problemas oftalmológicos: Si  No

Descripción: \_\_\_\_\_

Problemas neumológicos(ej. asma): Si  No

Descripción: \_\_\_\_\_

Problemas alérgicos: Si  No

Descripción: \_\_\_\_\_

¿Está Ud. siendo tratado por algún problema médico?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Toma Ud. medicamentos? Si  No  ( En caso afirmativo describir cuales son)

\_\_\_\_\_

Declaro que he informado exactamente sobre mis antecedentes y estado de salud actual

D./Dña. \_\_\_\_\_

Firma

Fecha \_\_\_\_\_

# NORMATIVA PARA EL CONTROL MEDICO DE LOS DEPORTISTAS

## Control Médico

Todos los pilotos y copilotos que deseen solicitar la Licencia correspondiente para participar en competiciones organizadas por esta Federación, deberán pasar un examen médico de aptitud anual, tras el cual podrán, siempre que sean médicamente aptos para ello, obtener la citada Licencia.

Los exámenes a realizar son los siguientes:

- Examen ortopédico.
- Examen visual:
  - Agudeza visual antes o después de la corrección de 9/10 para cada ojo, o de 8/10 para un ojo y 10/10 para el otro. Además, todo sujeto que tenga una agudeza visual disminuida y no corregible en un solo ojo, pero teniendo obligatoriamente una visión contralateral, corregida o no, igual o superior a 10/10, puede obtener una licencia de conductor con las condiciones siguientes y después de un examen efectuado por un oftalmólogo especialista (que se adjunta al presente informe): campo de visión estática igual o superior a 120°, los 20° centrales no deben tener ninguna alteración; visión de colores normal, visión estereoscópica funcional; estado del fondo de ojo excluyente de una retinopatía pigmentaria; toda lesión, antigua o congénita, será estrictamente unilateral. La ceguera unilateral es una contraindicación absoluta para las diferentes licencias de piloto, solo permitida para obtener licencia de navegante, especificando en el informe “APTO SOLO COPILOTO”.
  - Visión de los colores normal (en caso de anomalía, recurso a la Tabla de Ishihara, y en caso de error, a la linterna de Beyne o sistema análogo); en todo caso no pueden darse errores en la percepción de los colores de las banderas utilizadas en las competiciones internacionales.
  - Campo de visión estática igual o superior a 120°, los 20° centrales no deben tener ninguna alteración.
  - Visión estereoscópica: Funcional. En caso de anomalía, recurrir a los test de Wirth, de Bagolini (lentes estriadas) o test análogos.
  - Para la corrección, se admiten las lentes de contacto, a condición: que las hayan usado durante más de doce meses, y cada día durante un tiempo significativo; y que el oftalmólogo las certifique apropiadas para las carreras de automóviles.
- Enfermedades y discapacidades incompatibles con la obtención de Licencia:
- Epilepsia, en tratamiento o no, con manifestaciones clínicas confirmadas durante los 10 años anteriores.
- Discapacidades o enfermedades que requieren un permiso médico de la EAF-FVA.
  - Amputaciones, excepto en el caso de dedos de la mano donde la función de asir se conserve en ambas manos.
  - Prótesis si el resultado funcional no es normal o similar a la normal.
  - Limitación funcional de grandes articulaciones superior al 50% salvo permiso especial de la Comisión Médica de la EAFFVA tras el oportuno reconocimiento y valoración de las mismas, así como las capacidades del afectado. Dicho permiso se registrará por los criterios FIA publicados en el Anexo L Capítulo 1 Artículo 10.
  - Diabetes insulino-dependiente o en tratamiento con Sulfonilureas, con la condición de que sea presentado a la entidad médica aprobado por la ADN, un documento confidencial acreditativo de la supervisión regular del interesado y de su tratamiento, y que el certificado médico de aptitud lleve la mención "necesario supervisión médica".
  - El infarto de miocardio y la isquemia miocárdica, estado cardiovascular patológico.
  - Limitación funcional de las articulaciones de las manos superiores al 50% y que afecte a dos o más dedos de la misma mano.
  - Prótesis que permitan realizar una actividad funcional próxima o igual a la normal.
  - Las enfermedades psiquiátricas.
  - Todo problema “límite” o dudoso (concerniente por ejemplo a la vista, una enfermedad, una patología rara etc.) a criterio del médico examinador.
  - Los grandes cuadros sensitivo-motores (monoplejía, hemiplejía, paraplejía, etc...)
- Autorizaciones Uso Terapéutico (AUT)

Es la autorización que debe concederse cuando un deportista tiene que tomar una medicación que está incluida en la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte. Esta lista esta publicada en la página web del Consejo Superior de Deportes (CSD) (<http://www.csd.gob.es/csd/salud/lucha-contra-el-dopaje>).

El deportista es la persona que debe solicitar el AUT cumplimentando los impresos específicos que podrá encontrar en la página web del CSD (<http://www.csd.gob.es/csd/salud/lucha-contra-el-dopaje/aut>). Esta solicitud deberá ser presentada, al menos, treinta (30) días antes de participar en una competición.

- Debe especificarse la toma regular de medicamentos que puedan perturbar la conducción de automóviles.

El médico que realice el examen o control, deberá prestar una atención especial a lo contenido en estos apartados llegado el momento de cumplimentar su informe o certificado.

En cumplimiento del Art. 58 de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (CGCOM), los resultados de estos exámenes médicos deberán reflejarse en un certificado médico oficial expedido por el correspondiente centro médico acreditado haciendo referencia a todos los requisitos anteriormente detallados. En el caso de que estos datos no se reflejen en el certificado médico oficial, se deberá utilizar y rellenar completamente el formulario médico de aptitud de la EAF-FVA

El informe deberá ser firmado por el médico examinador y el solicitante