



Nombre: Apellidos:

DNI: Sexo: Nacimiento: Edad:

¿Es el solicitante apto para la práctica del deporte de automovilismo?

SI

NO

Observaciones

En la solicitud de licencia, adjuntar SÓLO ESTA PÁGINA

SOLICITANTE

Nombre
Fecha
Firma

MÉDICO

Nombre
Fecha
Colegiado
Firma y sello

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



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD 2024

Antecedentes personales	
Antecedentes familiares	
Tratamientos crónicos	

Talla	
Peso	
Alergias	

Agudeza visual	OD	OI
Corrección visual	SI	NO
Lentillas	SI	NO

Campo visual	
Estereoscópica	
Visión colores	

Pulso	
Tensión	
Auscultación CP	

Examen ortopédico	
Valoración física y psicológica	

¿Vigilancia médica especial?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cuales:				

¿Antecedentes médicos?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cuales:				

¿Antecedentes quirúrgicos?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cuales:				

¿Problemas neurológicos?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cuales:				

¿Problemas psicológicos?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cuales:				

¿Problemas cardiovasculares?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cuales:				

¿Problemas oftalmológicos?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cuales:				

¿Problemas neumológicos?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cuales:				

¿Problemas alérgicos?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cuales:				

¿Toma usted medicamentos?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cuales:				

¿Está siendo tratado por un algún problema médico?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cual:				

SOLICITANTE

Nombre
Fecha
Firma

MÉDICO

Nombre
Fecha
Colegiado
Firma y sello

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