

Nombre:..... Apellidos:.....  
D.N.I.:..... Teléfono:..... Fecha Nacimiento:..... Edad:..... Sexo:.....  
Domicilio:..... Nº:..... Piso:.....  
C.P.:..... Población:..... Provincia:.....

Antecedentes Personales:.....  
Antecedentes Familiares:.....  
Tratamientos Crónicos:..... Alergias:.....  
Talla:..... Peso:.....

Agudeza Visual: OD:..... OI:..... Corrección Visual:..... Lentillas:.....  
Campo Visual:..... Estereoscópica:..... 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:

Apto / No apto para la práctica del deporte del automóvil cumpliendo con las normas médicas de la FACV

Valoración:.....

MÉDICO:

Dr. D:.....

Nº Col.:..... Lugar:.....

Firma, fecha y sello

DEPORTISTA:

Nombre:.....

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 Antidopaje.

Firma:

# HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE

(debe ser cumplimentado por el interesado)

**Antecedentes médicos (enfermedades):**..... SI  NO  En caso afirmativo, escriba cuales.

**Antecedentes quirúrgicos:**..... SI  NO  En caso afirmativo, escriba cuales.

**Problemas neurológicos:**..... SI  NO  En caso afirmativo, escriba cuales.

**Problemas psicológicos:**..... SI  NO  En caso afirmativo, escriba cuales.

**Problemas cardiovasculares:**..... SI  NO  En caso afirmativo, escriba cuales.

**Problemas oftalmológicos:**..... SI  NO  En caso afirmativo, escriba cuales.

**Problemas neumológicos (ejemplo: asma):**..... SI  NO  En caso afirmativo, escriba cuales.

**Problemas alérgicos:**..... SI  NO  En caso afirmativo, escriba cuales.

**¿Está usted siendo tratado por algún problema médico?**

**Toma usted medicamentos:**..... SI  NO  En caso afirmativo, escriba cuales.

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

Solicitante, D/D<sup>a</sup>:.....

Firma:

Fecha:.....

Según lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados:

- de la existencia de un fichero para el tratamiento de datos de carácter personal, destinado a tener amplio conocimiento de las posibles patologías que puedan afectar a los deportistas, por parte de la Comisión Médica de la F.A.C.V.
- de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
- El responsable del fichero es la F.A.C.V., con domicilio en Circuito de la C.V. Ricardo Torro (BOXES 46 Y 47), Autovía A3 Valencia-Madrid, Salida 334, 46380-Cheste (Valencia)

# **NORMATIVA PARA EL CONTROL MÉDICO DE LOS PILOTOS**

## **CONTROL MÉDICO:**

Todos los pilotos y copilotos que deseen solicitar la Licencia correspondiente para participar en competencias organizadas por esta Federación, deberán pasar un control médico 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.
- ✓ 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 competencias internacionales.
- ✓ Campo de visión estática igual o superior a 120°, los 20° centrales no pueden tener ninguna alteración.
- ✓ Visión estereoscópica: Funciona. En caso de anomalía, recurrir a los test de Wirth, de Bagolini (lentes estiradas) 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, con manifestación clínica o bajo tratamiento;

### **Discapacidades o enfermedades que requieren un permiso médico de la F.A.C.V.**

- ✓ 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 F.A.C.V. 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 Art. 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...)

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. Deberá obligatoriamente utilizar y rellenar completamente el formulario médico de la F.A.C.V. salvo los apartados que indiquen "opcional".

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

En su caso, los resultados de estos exámenes puede reflejarse en CERTIFICADO MEDICO OFICIAL haciendo referencia a todos los apartados.

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