



Nombre:

Apellidos:

D.N.I.

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

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

**SI**

**NO**

Observaciones

**En la solicitud de licencia, adjuntar SOLO ESTA PÁGINA**

**Solicitante**

Nombre:

Fecha:

Firma:

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

**Médico**

Nombre:

Colegiado:

Firma y sello:



**Antecedentes**

Personales:

Familiares:

Talla:

Peso:

Tratamientos crónicos:

Alergias:

**Visión**

Agudeza visual

OD  
 OI

Corrección visual

SI  
 NO

Lentillas

SI  
 NO

Campo visual:

Estereoscópica:

Visión colores:

**Cardiorespiratorio**

Pulso:

Tensión:

Auscultación CP:

**Exámen ortopédico**

**Valoración física y psicológica**

**Vigilancia médica especial:**

SI  NO

Cuales:

**Antecedentes médicos:**

SI  NO

Cuales:

**Antecedentes quirúrgicos:**

SI  NO

Cuales:

**Problemas neurológicos:**

SI  NO

Cuales:

**Problemas psicológicos:**

SI  NO

Cuales:

**Problemas cardiovasculares:**

SI  NO

Cuales:

**Problemas oftalmológicos:**

SI  NO

Cuales:

**Problemas neumológicos:**

SI  NO

Cuales:

**Problemas alérgicos:**

SI  NO

Cuales:

**Toma usted medicamentos:**

SI  NO

Cuales:

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

SI  NO

Cual:

**Médico**

Nombre:

Colegiado:

Firma y sello:

**Solicitante**

Nombre:

Fecha:

Firma: