



Nombre:  Apellidos:

D.N.I.  Sexo:  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

**MÉDICO**

Nombre  
Fecha  
Colegiado  
Firma y sello

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



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