Federación Cántabra de Automovilismo

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD 2025

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

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

MÉDICO
Nombre
Fecha
Colegiado
Firma y sello

Federación Cántabra de Automovilismo

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD 2025

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? ☐ 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:

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