



FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO (a cumplimentar por el piloto)

Datos personales

Nombre:	Apellidos:	Fecha nacimiento:
Dirección:		
Sexo:	hombre mujer	FMN:

	NO	SI	Detalles
Pierde la consciencia por alguna razón de vértigo o jaqueca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en los ojos (excepto gafas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas estomacales (úlceras, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas uro-genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desordenes mentales o nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en brazos o piernas (incluso calambres o rigidez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desordenes sanguíneos con tendencia al sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupo sanguíneo	<input type="text"/>		
Operaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma algún medicamento habitualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- No he sido excluido por motivos médicos para practicar motociclismo.
- No tomo ninguna sustancia prohibida según la lista WADA, ni abuso del alcohol.
- En caso de lesión o enfermedad, autorizo al personal médico a comunicar cualquier información relevante a mis familiares o representantes.
- Informare inmediatamente al oficial médico de la FIM y al CMO de cualquier cambio en mi salud por enfermedad o lesión que pueda afectar a mi habilidad de conducción.
- Declaro que la información dada es verdadera.
- Confirmando la información enviada por mi médico a la FMN.

Fecha

Firma del interesado (o responsable si es menor)