

**FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO**

(a cumplimentar por el médico)

Datos personales

Nombre:	Apellidos:	Fecha nacimiento:
Dirección:		
Sexo:	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	FMN:

	normal		Detalles (en caso de anomalía)
	si	no	
Sistema cardio-vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ejecicio de tolerancia ECG **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema locomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos			
Sin corrección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con corrección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ** Adicional al examen médico, el solicitante de la licencia FIM Cross-Country Rallies W.C. debe someterse y pasar con éxito un ecocardiograma una vez en su vida antes de la tramitación de la licencia. Un electrocardiograma en prueba de esfuerzo debe ser realizado y superado cada tres años.**
- ** A los pilotos mayores de 50 años, excepto en Trial, se les solicitará un electrocardiograma en prueba de esfuerzo.**

- Yo, el abajo firmante, certifico que soy el médico de esta persona y estoy familiarizado con su historial médico.
- Yo, el abajo firmante, certifico que conozco y estoy familiarizado con la lista de sustancias prohibidas y métodos prohibidos de la WADA.
- Yo, el abajo firmante, certifico que no he prescrito ninguna sustancia prohibida y/o métodos prohibidos a esta persona.
- Yo, el abajo firmante, certifico que he prescrito sustancias prohibidas y/o métodos prohibidos a esta persona, siempre conforme a los acuerdos que la FIM tiene con la TUA y/o no haya otro tratamiento alternativo con sustancias autorizadas.
- Yo, el abajo firmante, certifico que es APTO para participar en eventos motociclistas.
- Yo, el abajo firmante, certifico que es NO APTO para participar en eventos motociclistas.
- Recomiendo que esta persona sea examinada por un miembro de la Comisión Médica de su FMN o médico designado por la FMN o de la FIM, si fuera necesario

Fecha

Firma y sello del médico