FEDERACIÓN RIOJANA DE MOTOCICLISMO

FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO

(a cumplimentar por el médico)

Datos personales

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

	normal si	normal no	Detalles (en caso de anomalía)
Sistema cardio-vascular	☐	☐	
Ejercicio de tolerancia ECG **	☐	☐	
Ecocardiograma **	☐	☐	
Presión sanguínea	☐	☐	
Pulso	☐	☐	
Sistema respiratorio	☐	☐	
Sistema nervioso	☐	☐	
Oídos/nariz/garganta	☐	☐	
Sistema locomotor	☐	☐	
Abdomen	☐	☐	
Ojos			
Sin corrección	☐	☐	
Con corrección	☐	☐	

** 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