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	☐	☐	
Ejecicio de tolerancia ECG **	☐	☐	
Ecocardiograma **	☐	☐	
Presión sanguinea	☐	☐	
Pulso	☐	☐	
Sistema respiratorio	☐	☐	
Sistema nervioso	☐	☐	
Oidos/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**