

FEDERACION DE AUTOMOVILISMO DE CASTILLA Y LEON  
**EXAMEN MEDICO** 2017  
DE APTITUD PARA LA OBTENCIÓN DE LICENCIA

[1]



Federación de Automovilismo de Castilla y León

Paseo San Roque, 29 - Local 1º  
05003 Avila

Telf. y Fax 920 253 200  
Email: [facyl@facyl.com](mailto:facyl@facyl.com)  
[www.facyl.com](http://www.facyl.com)

**datos personales**

NOMBRE	APELLIDOS				D.N.I.
DIRECCIÓN	Nº	ESC.	PISO	C.P.	
POBLACIÓN		PROVINCIA			SEXO
TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO		PROFESIÓN		

**datos médicos**

ANTECEDENTES PERSONALES		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
TRATAMIENTOS CRÓNICOS		
ALERGIAS	TALLA	PESO

**visión**

AGUDEZA VISUAL OD/OI	CORREC. VISUAL	LENTILLAS	C. VISUAL	ESTEREOSCÓPIA	VISIÓN COLORES
----------------------	----------------	-----------	-----------	---------------	----------------

**datos personales**

PULSO	TENSIÓN ARTERIAL	AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR
<b>ECG</b> BASAL, SI ASÍ LO CONSIDERA EL FACULTATIVO [DETALLAR RESULTADO]		
PRUEBA DE ESFUERZO, SI ASÍ LO CONSIDERA EL FACULTATIVO [DETALLAR RESULTADO]		

**examen ortopédico**

--

**valoración física y psicológica**

--

**vigilancia médica especial**

--

**valoración actitud**

<b>APTO/ NO APTO</b> PARA LA PRACTICA DEL DEPORTE DEL AUTOMÓVIL CUMPLIENDO CON LAS NORMAS MEDICAS DE LA FACYL.
--

<b>médico</b>	Nombre _____
	Nº Col; _____ . Lugar _____
	Firma, fecha y sello

<b>deportista</b>	Nombre _____
	Declaro que he informado exactamente al médico sobre mi estado de salud actual y sobre mis antecedentes y me comprometo a no hacer uso de sustancias y métodos prohibidos en la lista de la Agencia Mundial Antidopaje.
	Firma



# HISTORIAL MÉDICO

## debe de ser cumplimentado por el interesado

ANTECEDENTES MÉDICOS [ENFERMEDADES]: [EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBIR CUALES]

- SI  
 NO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: [EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBIR CUALES]

- SI  
 NO

PROBLEMAS NECROLÓGICOS: [EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBIR CUALES]

- SI  
 NO

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS: [EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBIR CUALES]

- SI  
 NO

PROBLEMAS CARDIOVASCULARES: [EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBIR CUALES]

- SI  
 NO

PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS: [EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBIR CUALES]

- SI  
 NO

PROBLEMAS NEUMOLÓGICOS (EJ.: ASMA): [EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBIR CUALES]

- SI  
 NO

PROBLEMAS ALÉRGICOS: [EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBIR CUALES]

- SI  
 NO

TOMA USTED MEDICAMENTOS: [EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBIR CUALES]

- SI  
 NO

¿ESTÁ USTED SIENDO TRATADO POR ALGÚN PROBLEMA MÉDICO?

**datos**

Según lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados:  
1) De la existencia de un fichero para el tratamiento de datos de carácter personal, destinado a tener amplio conocimiento de las posibles patologías que puedan afectar a los deportistas, por parte de la Comisión Médica de la FACYL.  
2) De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.  
3) El responsable del fichero es la FACYL, con domicilio en Paseo de San Roque, 29 -1º 05003 Avila

**solicitante**

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

Firmado D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma

## control médico de deportistas

Todos los pilotos y copilotos que deseen solicitar la Licencia correspondiente para participar en competencias, deberán pasar un control médico anual, tras el cual podrán, siempre que sean médicamente aptos para ello, obtener la citada Licencia.

**Los exámenes a realizar son los siguientes:**

• **Examen ortopédico.**

• **Examen visual:**

♦ Agudeza visual antes o después de la corrección de 9/10 para cada ojo, o de 8/10 para un ojo y 10/10 para el otro. Además, todo sujeto que tenga una agudeza visual disminuida y no corregible en un solo ojo, pero teniendo obligatoriamente una visión contralateral, corregida o no, igual o superior a 10/10, puede obtener una licencia de conductor con las condiciones siguientes y después de un examen efectuado por un oftalmólogo especialista (que se adjunta al presente informe): campo de visión estática igual o superior a 120°, los 20° centrales no deben tener ninguna alteración; visión de colores normal, visión estereoscópica funcional; estado del fondo de ojo excluyente de una retinopatía pigmentaria; toda lesión, antigua o congénita, será estrictamente unilateral. La ceguera unilateral es una contraindicación absoluta para las diferentes licencias de piloto, solo permitida para obtener licencia de navegante, especificando en el informe "APTO SOLO COPILOTO"

♦ Visión de los colores normal (en caso de anomalía, recurso a la Tabla de Ishihara, y en caso de error, a la linterna de Beyne o sistema análogo); en todo caso no pueden darse errores en la percepción de los colores de las banderas utilizadas en las competencias internacionales.

♦ Campo de visión estática igual o superior a 120°, los 20° centrales no deben tener ninguna alteración.

♦ Visión estereoscópica: Funcional. En caso de anomalía, recurrir a los test de Wirth, de Bagolini (lentes estriadas) o test análogos.

♦ Para la corrección, se admiten las lentes de contacto, a condición: que las hayan usado durante más de doce meses, y cada día durante un tiempo significativo; y que el oftalmólogo las certifique apropiadas para las carreras de automóviles

**Enfermedades y incompatibles con la obtención de Licencia:**

♦ Epilepsia, en tratamiento o no, con manifestaciones clínicas confirmadas durante los 10 años anteriores.

**Discapacidades o enfermedades que requieren un permiso médico de la FACYL.**

♦ Amputaciones, excepto en el caso de dedos de la mano donde la función de asir se conserve en ambas manos.

♦ Prótesis si el resultado funcional no es normal o similar a la normal.

♦ Limitación funcional de grandes articulaciones superior al 50% salvo permiso especial de la Comisión Médica de la FACYL. tras el oportuno reconocimiento y valoración de las mismas, así como las capacidades del afectado. Dicho permiso se registrará por los criterios FIA publicados en el Anexo L Capítulo 1, Art. 10

♦ Diabetes insulino-dependiente o en tratamiento con Sulfonilureas, con la condición de que sea presentado a la entidad médica aprobado por la ADN, un documento confidencial acreditativo de la supervisión regular del interesado y de su tratamiento, y que el certificado médico de aptitud lleve la mención "necesario supervisión médica".

♦ El infarto de miocardio y la isquemia miocárdica, estado cardiovascular patológico.

♦ Limitación funcional de las articulaciones de las manos superiores al 50% y que afecte a dos o más dedos de la misma mano.

♦ Prótesis que permitan realizar una actividad funcional próxima o igual a la normal.

♦ Las enfermedades psiquiátricas

♦ Todo problema "límite" o dudoso (concerniente por ejemplo a la vista, una enfermedad, una patología rara etc.) a criterio del médico examinador.

♦ Los grandes cuadros sensitivo-motores (monoplejía, hemiplejía, paraplejía, etc...)

El médico que realice el examen o control, deberá prestar una atención especial a lo contenido en estos apartados llegado el momento de cumplimentar su informe o certificado. Deberá obligatoriamente utilizar y rellenar completamente el formulario médico de la FACYL

**Debe especificarse la toma regular de medicamentos que puedan perturbar la conducción de automóviles.**

En su caso, los resultados de estos exámenes pueden reflejarse en CERTIFICADO MEDICO OFICIAL haciendo referencia a todos los apartados.

**SOLO PARA RECONOCIMIENTOS CON NORMATIVA FIA** [PUEDE NECESITARLO EN ALGUNAS PRUEBAS]

• **Examen cardiopulmonar:** Electrocardiograma para la obtención de la primera Licencia y coincidiendo con los 30, 35 y 40 años; y prueba de esfuerzo cada 2 años, para los mayores de 45 años.

El informe deberá ser firmado por el **médico examinador** y el **solicitante**