



Forma de Examen Médico

(Completado por el Médico)

Información personal del solicitante

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento (día/mes/año): _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino FMN: _____

| Normal | Anormal | Explique (si es Anormal) |
|---|---------|--------------------------|
| Sistema Cardiovascular | | |
| *Tolerancia al ejercicio ECG | | |
| *Ecocardiografía | | |
| Presión arterial | | |
| Pulso | | |
| Sistema Respiratorio | | |
| Sistema Nervioso | | |
| * central | | |
| *periférico | | |
| Oído, Nariz, Garganta, en particular aparato vestibulococlear | | |
| *derecho | | |
| *izquierdo | | |
| Sistema Locomotor | | |
| *brazo derecho | | |
| *brazo izquierdo | | |
| *pierna derecha | | |
| *pierna izquierda | | |
| *columna vertebral | | |
| Abdomen (Hernia) | | |
| Orina | | |
| *Albumina | | |
| * Glucosa | | |
| Visión: | | |
| A distancia sin corrección ojo derecho | | |
| A distancia sin corrección ojo izquierdo | | |
| A distancia con corrección ojo derecho | | |
| A distancia con corrección ojo izquierdo | | |
| Visión a color | | |
| Campo visual | | |

* Además del examen médico, el solicitante de cualquier licencia de Cross-Country Rallies. (Campeonato Mundial, Premio FIM, Eventos Internacionales) debe someterse y pasar con éxito un ecocardiograma una vez en su vida antes de la expedición de la licencia. Una prueba de tolerancia de esfuerzo debe ser realizada y superada con este ecocardiograma; luego se requiere repetirse cada tres años.

_____ Yo, el abajo firmante, certifico que esta persona está médicamente **apta** para participar en eventos de motocicletas.

_____ Yo, el abajo firmante, certifico que esta persona está médicamente **no apta** para participar en eventos de motocicletas.

_____ Recomiendo que esta persona sea examinada por un miembro de la Comisión Médica de la FIMLA, o un médico designado por la FMN.

Fecha del examen médico

Firma y Sello del Médico