

fepad

FEDERACION PERUANA DE AUTOMOVILISMO DEPORTIVO

FICHA MEDICA INTERNACIONAL

Recibo FEPAD N°

DATOS PERSONALES

>> Es de manera obligatoria rellenar los datos solicitados en la ficha <<

Nombre: _____ Apellidos: _____

Domicilio: _____ Fecha de Inscripción: ____ / ____ / ____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Telf.: _____

Club Base

Dirección

FOTO

DATOS CLINICOS

Agudeza Visual	<u>OD</u>	<u>OI</u>	Corrección visual obligatoria	SI	NO
Sin Corrección	/10	/10	Vacunación antitetánica	SI	NO
Con Corrección	/10	/10	Prótesis dental	SI	NO
Lentes de Contacto	SI	NO			

Diabetes _____ Hipertensión Arterial _____
Infarto Cardíaco _____ Grupo Sanguíneo _____
Alergias _____

MEDICINA GENERAL

Talla _____
Antecedentes patológicos _____
Locomotor _____
Bdomen _____
Peso _____
Presión _____
Pulmones _____
Otorrino _____

CONSTANCIA DE APTITUD FISICA ANUAL

Fecha	Nombre del médico	C.M.P.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LABORATORIO

Grupo Sanguíneo _____
Hematocrito (Calidad de sangre) _____
Hemoglobina (Cantidad de sangre) _____

OFTALMOLOGIA

Ojos agudeza visual (Traer anteojos)

Mayores de 40 años presentar el examen de prueba de esfuerzo.