Federación Cántabra de Automovilismo

# CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD 2026

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | | Apellidos: | | | | | |
| DNI: | | Sexo: | | Nacimiento: | | Edad: | |

¿Es el solicitante apto para la práctica del deporte de automovilismo?

| | |
|---|---|
| | |
| SI | NO |

Observaciones

**En la solicitud de licencia, adjuntar SÓLO ESTA PÁGINA**

**SOLICITANTE**
Nombre
Fecha
Firma

*Declaro que he informado exactamente al médico sobre mi estado de salud actual y mis antecedentes*

**MÉDICO**
Nombre
Fecha
Colegiado
Firma y sello

Federación Cántabra de Automovilismo

# CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD 2026

| | |
|---|---|
| Antecedentes personales | |
| Antecedentes familiares | |
| Tratamientos crónicos | |

| | |
|---|---|
| Talla | |
| Peso | |
| Alergias | |

| | | |
|---|---|---|
| Agudeza visual | OD | OI |
| Corrección visual | SI | NO |
| Lentillas | SI | NO |

| | |
|---|---|
| Campo visual | |
| Estereoscópica | |
| Visión colores | |

| | |
|---|---|
| Pulso | |
| Tensión | |
| Auscultación CP | |

| | |
|---|---|
| Examen ortopédico | |
| Valoración física y psicológica | |

¿Vigilancia médica especial? ☐ SI ☐ NO
Cuales:

¿Antecedentes médicos? ☐ SI ☐ NO
Cuales:

¿Antecedentes quirúrgicos? ☐ SI ☐ NO
Cuales:

¿Problemas neurológicos? ☐ SI ☐ NO
Cuales:

¿Problemas psicológicos? ☐ SI ☐ NO
Cuales:

¿Problemas cardiovasculares? ☐ SI ☐ NO
Cuales:

¿Problemas oftalmológicos? ☐ SI ☐ NO
Cuales:

¿Problemas neumológicos? ☐ SI ☐ NO
Cuales:

¿Problemas alérgicos? ☐ SI ☐ NO
Cuales:

¿Toma usted medicamentos? ☐ SI ☐ NO
Cuales:

¿Está siendo tratado por un algún problema médico? ☐ SI ☐ NO
Cual:

**SOLICITANTE**
Nombre
Fecha
Firma

**MÉDICO**
Nombre
Fecha
Colegiado
Firma y sello

*Declaro que he informado exactamente al médico sobre mi estado de salud actual y mis antecedentes*