



# EXAMEN MÉDICO DE APTITUD PARA LA OBTENCIÓN DE LA LICENCIA DEPORTIVA (Rellenar todos los campos)

Nombre: ..... Apellidos: ..... Edad: .....

Cedula o Pasaporte. : ..... Teléfono: .....

Fecha Nacimiento: ..... Sexo: ..... Profesión: .....

Domicilio: .....

Ciudad: ..... Provincia: ..... Licencia # ..... (a llenar por el ACCR)

Antecedentes Médicos Personales: .....

Antecedentes Médicos Familiares: .....

Tratamientos Crónicos: ..... Alergias: .....

Talla: ..... Vacunas: ..... Peso: .....

## VISIÓN

Agudeza Visual: OD..... OI..... Corrección Visual: ..... Lentes: .....

Campo Visual: ..... Estereoscópica: .....

..... Visión de colores: .....

## CARDIORESPIRATORIO (ES OBLIGATORIO UN ECG PARA LA TRAMITACIÓN DE LA PRIMERA LICENCIA)

Pulso: ..... Presión Arterial: ..... Auscultación cardiopulmonar: .....

(Electrocardiograma de 12 derivaciones para la 1ª Licencia y cada dos años para los menores de 45 años / ECG Prueba de esfuerzo para los mayores de 45 años; validez 2 años)

DETALLAR ÚLTIMO AÑO DE REALIZACIÓN:

**EXAMEN ORTOPÉDICO (el médico a cargo del examen deberá anotar cualquier información pertinente a continuación)**

.....  
.....

**VALORACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA (el médico a cargo del examen deberá anotar cualquier información pertinente a continuación)**

.....  
.....



**AUTOMOVIL CLUB DE COSTA RICA**

**VIGILANCIA MÉDICA ESPECIAL**    SI ..... NO ..... Observaciones:

.....  
(antes de declarar la aptitud el médico deberá leer: NORMATIVA PARA EL CONTROL MEDICO DE LOS PILOTOS que se adjunta)

Apto / No apto (tachar la opción que no corresponde) para la práctica del deporte del automóvil cumpliendo con las normas médicas del Federación Internacional del Automóvil.

**MÉDICO**

Nombre: .....

Nº Código: ..... Lugar: .....

Firma, fecha y sello

**DEPORTISTA SOLICITANTE**    Nombre: .....

Declaro que he informado exactamente al médico sobre mí estado de salud actual y sobre mis antecedentes, me comprometo a no hacer uso de sustancias y métodos prohibidos en la lista de la Agencia Mundial Antidopaje y me comprometo a informar al Automóvil Club de Costa Rica todo cambio significativo de mi estado de salud, según Artículo 1.6.2 del Capítulo III del Anexo L del Código Deportivo Internacional.

Firma:

**NOTA:** este examen será reconocido por el Automóvil Club de Costa Rica hasta el 31 de diciembre del 2016 si no es la primera vez que el interesado solicita licencia deportiva.



***HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE  
(Debe ser llenado por el interesado)***

**Antecedentes Médicos (enfermedades): Si No En caso afirmativo, escriba cuales.**

.....  
.....

**Antecedentes quirúrgicos: Si No En caso afirmativo, escriba cuales.**

.....  
.....

**Problemas neurológicos: Si No En caso afirmativo, escriba cuales.**

.....  
.....

**Problemas psicológicos: Si No En caso afirmativo, escriba cuales.**

.....  
.....

**Problemas cardiovasculares: Si No En caso afirmativo, escriba cuales.**

.....  
.....

**Problemas oftalmológicos: Si No En caso afirmativo, escriba cuales.**

.....  
.....

**Problemas neumológicos (ejemplo: asma): Si No En caso afirmativo, escriba cuales.**

.....  
.....



**AUTOMOVIL CLUB DE COSTA RICA**

**Problemas alérgicos: Si No En caso afirmativo, escriba cuales.**

.....  
.....

**¿Está usted siendo tratado por algún problema médico? Si No En caso afirmativo, escriba cual.**

.....  
.....

**¿Está usted vacunado contra tétanos hace menos de 10 años?: Si No**

.....  
.....

**Toma usted medicamentos: Si No En caso afirmativo, escriba cuales.**

.....  
.....

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

Firma: .....

Fecha: .....

\*Cuestionario Médico exigido a partir del mes de enero del año 2009 según el Anexo L del CDI.



## **NORMATIVA PARA EL CONTROL MÉDICO DE LOS PILOTOS**

### ***CONTROL MÉDICO:***

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

Los exámenes a realizar son los siguientes:

- **Examen cardiopulmonar:** Electrocardiograma de 12 pts. para la obtención de la primera Licencia y cada dos años para los menores de 45 años y ECG - prueba de esfuerzo cada 2 años, para los mayores de 45 años.

- **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 o copiloto, 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 competiciones 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 los 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 discapacidades incompatibles con la obtención de licencia:**

Epilepsia, con manifestación clínica o bajo tratamiento;

Ceguera monocular, examen de la vista no conforme a los parámetros descritos en el Art. 1.3 del Capítulo I del Anexo L.

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 del ACCR tras el oportuno reconocimiento y valoración de las mismas, así como las capacidades del afectado.

**Discapacidades o enfermedades que requieren un permiso médico del ACCR.**

Diabetes insulino-dependiente, 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 del ACCR.

**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.

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