



AUTOMOVIL CLUB
DE COSTA RICA

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD PARA LA OBTENCIÓN DE LA LICENCIA DEPORTIVA (RELLENAR TODOS LOS CAMPOS)

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre : _____ Apellidos: _____
Edad: _____ Número de Identificación : _____ Teléfono: _____
Celular: _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____
Profesión: _____ Domicilio: _____
Ciudad: _____ Provincia: _____ Tipo de sangre: _____
Licencia # _____

(a llenar por el ACCR)

HISTORIA MÉDICA DEL SOLICITANTE

Antecedentes Médicos Personales: _____

Antecedentes Médicos Familiares: _____

Tratamientos Crónicos: _____ Alergias: _____

Talla: _____ Vacunas: _____ Peso: _____

Art 1.5.1 Absolutamente excluido para la práctica del motor: - epilepsia, en tratamiento o no, con manifestaciones clínicas confirmadas durante los 10 años anteriores, - cualquier problema cardiovascular con riesgo de muerte súbita, - ceguera en un ojo (ceguera monocular).

CARDIORESPIRATORIO

(ES OBLIGATORIO UN ECG O PRUEBA DE ESFUERZO SEGÚN EDAD Y CASO 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.

Para los mayores de 45 años consultar ante un médico especialista en cardiología. Validez 3 años.

El especialista lo considera útil, dependiendo de los posibles síntomas y signos, puede solicitar exámenes adicionales.



HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE

Las siguientes preguntas deben de ser llenadas por el solicitante. En caso de que su respuestas sea afirmativa, detalle en la línea que aparece en la parte inferior de la pregunta.

1. Antecedentes médicos (enfermedades):

¿Cuales?

SI

NO

☐☐

2. Antecedentes quirúrgicos

¿Cuales?

SI

NO

☐☐

3. Problemas neurológicos:

¿Cuales?

SI

NO

☐☐

4. Problemas psicológicos:

¿Cuales?

SI

NO

☐☐

5. Problemas cardiovasculares:

¿Cuales?

SI

NO

☐☐

6. Problemas oftalmológicos:

¿Cuales?

SI

NO

☐☐

7. Problemas neumológicos (ejemplo: asma):

¿Cuales?

SI

NO

☐☐

8. Problemas alérgicos:

¿Cuales?

SI

NO

☐☐

9. ¿Está usted siendo tratado por algún problema médico?

¿Cuales?

SI

NO

☐☐

10. ¿Está usted vacunado contra tétanos hace menos de 10 años?

SI

NO

☐☐

11. ¿Toma usted medicamentos?

¿Cuales?

SI

NO

☐☐

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

Firma del solicitante

Fecha



EXÁMEN ORTOPEDICO

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

DETALLAR ÚLTIMO AÑO DE REALIZACIÓN:

VALORACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA

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

DETALLAR ÚLTIMO AÑO DE REALIZACIÓN:

VISIÓN

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

Campo Visual: Estereoscópica:.....

Visión de colores:

Vigilancia Médica Especial

SI

☐

NO

☐

Lentes de contacto

SI

☐

NO

☐

Si la respuesta es un "SI" debe de aportar la certificación como satisfactorios para el automovilismo por el oftalmólogo que los suministró.

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.

PROFESIONAL MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO

Nombre:

Nº Código: Lugar:

Firma

Fecha

Sello



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. (Anexo "L" 2022. Capítulo II)

Los exámenes a realizar son los siguientes:

- Examen cardiopulmonar: Para menores de 45 años, un electrocardiograma de 12 derivaciones cada dos años; - a partir de los 45 años, o antes si es necesario, y cada tres años, se solicitará la consulta con un cardiólogo especialista. Si este médico lo considera útil, puede solicitar más exámenes, incluida una prueba de esfuerzo.
- 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, en tratamiento o no, con manifestaciones clínicas confirmadas durante los 10 años anteriores,
- cualquier problema cardiovascular con riesgo de muerte súbita,
- ceguera en un ojo (ceguera monocular).

(Art 1.5.1 Capítulo II)

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



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.

Autorizo el consentimiento para el procesamiento de datos personales en la WADB

SI

NO

Firma

Fecha

Este examen será reconocido por el Automóvil Club de Costa Rica hasta el 31 de diciembre del 2026 si no es la primera vez que el interesado solicita licencia deportiva.