

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 organizadas por esta Federación, deberán pasar un control médico anual, tras el cual podrán siempre que sean médicamente aptos para ello, obtener la citada Licencia.

Los exámenes a realizar son los siguientes:

- **Grupo sanguíneo y factor Rhesus.**
- **Examen cardiopulmonar:** Electrocardiograma para la obtención de la Licencia y prueba de esfuerzo bajo control ECG para los mayores de 45 años (cada 2 años).
- **Examen ortopédico.**
- **Examen visual:**
 - ✓ Agudeza visual antes o después de la corrección de 9/10 para cada ojo. 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 igual o superior a 200°; 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, sólo permitida para obtener licencia de navegante, especificando en el informe "APTO SOLO NAVEGANTE".
 - ✓ Visión binocular normal.
 - ✓ 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 visión normal.
 - ✓ Visión binocular normal.
 - ✓ Estereoscópica normal (la ceguera unilateral excluye la concesión de licencia de piloto).
 - ✓ Para la corrección, se admiten las 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;
 - ✓ 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 %.
- **Discapacidades o enfermedades que requieren un permiso médico de la R.F.E. de A.**
 - ✓ Diabetes insulino dependientes, 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.

El médico que realice el examen o control, deberá presentar 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 de la R.F.E. de A.

En su caso, los resultados de estos exámenes pueden reflejarse en certificado médico oficial haciendo referencia a todos los apartados.

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



Real Federación Española
de Automovilismo

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD PARA LA OBTENCIÓN DE LA LICENCIA 2004

IMPREScindible RELLENAR TODOS LOS DATOS

Nombre	Apellidos			
D.N.I.	F. Nac.	Edad	Sexo	Profesión
Domicilio		C.P.	Ciudad	Tf.

Antecedentes personales				
Antecedentes familiares				
Tratamientos crónicos		Alergias	Talla	Grupo/RH
Hábito Constitucional		Vacunas	Peso	

VISIÓN	Agudeza visual	OD	OI	Corrección Visual	Lentillas
	Campo Visual			Estereoscópica	Visión de colores

CARDIO RESPIRATORIO	Pulso	Tensión Arterial	
	ECG basal / Prueba de esfuerzo (Mayores de 45 años; validez 2 años) DETALLAR SI FUE REALIZADA EN EL AÑO 2003		

EXAMEN ORTOPÉDICO	
-------------------	--

VALORACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA	
---------------------------------	--

VIGILANCIA MÉDICA ESPECIAL	SI / NO	Observaciones
----------------------------	---------	---------------

VALORACIÓN APTITUD	Apto/No apto para la práctica del deporte del automóvil cumpliendo con las normas médicas de la R.F.E. de A.
--------------------	--

MEDICO	Nombre	
	N.º de Colegiado	Lugar
	Firma y Sello	
	Fecha:	/ / 2004

DEPORTISTA	Nombre	
	Declaro que he informado exactamente al médico sobre mi estado de salud actual y sobre mis antecedentes y me comprometo a no hacer uso de drogas consideradas ilegales (lista de productos y métodos prohibidos del Comité Olímpico Internacional) Firma	

OBLIGATORIA LA FIRMA DEL MÉDICO Y DEPORTISTA