



FICHA
EXAMEN
PSICOFISIOLOGICO

Nº

DATOS DEL
EXAMINADO

APELLIDO Y NOMBRES (Completos)

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO

PROVINCIA

PAIS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

L. E. L. C. D. N. I. C. I. PASAP.

NUMERO

EXPEDIDO POR

E-MAIL

DOMICILIOS
ACTUALIZADOS

CALLE

Nº

DPTO.

PISO

CODIGO POSTAL

LOCALIDAD

PROVINCIA

TELEFONO

NOMBRE Y APELLIDO (FAMILIAR O AMISTAD ALLEGADA)

GRADO DE ALLEGAMIENTO

CALLE

Nº

DPTO.

PISO

CODIGO POSTAL

LOCALIDAD

PROVINCIA

TELEFONO

HA PADECIDO O PADECE DE:

ANTECEDENTES PERSONALES

TILDAR CADA ITEM

SI

NO

TILDAR CADA ITEM

SI

NO

TILDAR CADA ITEM

SI

NO

FIEBRE REUMÁTICA

ANGINAS

CONVULSIONES

NEUMONÍA

TRAUMATISMOS, HERIDAS

DEPRESIÓN

BRONCONEUMONÍA

HA ESTADO INTERNADO O EN TRATAMIENTO

APATÍA

PLEURESÍA

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

IRRITABILIDAD

ASMA

PERDIDA DE CONOCIMIENTO

VERTIGOS

CORIZAS A REPETICIÓN

DESMAYOS

ZUMBIDOS

OTITIS

AMNESIAS

NEURITIS

SINUSITIS

EPILEPSIA

HÁBITOS ALCOHÓLICOS

HA TENIDO NOVEDADES DESDE EL ULTIMO EXAMEN? (ENFERMEDADES, ACCIDENTES, OPERACIONES, LESIONES, NACIMIENTOS, ETC.)

DECLARO QUE LOS DATOS QUE ANTECEDEN DADOS POR MI, SON LA FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL EXAMINADO

BIOMETRIA

ALTURA

PESO

C.V.F.

TEXTURA FÍSICA

DELGADO

☐

MEDIANO

☐

PESADO

☐

OBESO

☐

EXAMEN CLÍNICO

NORMAL

ANORMAL

CABEZA- CARA - CUELLO - CABELLO

TÓRAX Y PULMONES

CORAZÓN (RITMO - SONIDO - MEDIDA)

SISTEMA VASCULAR (VARICES)

ABDOMEN Y VICERAS (HERNIA)

ANO Y RECTO (HEMORROIDES Y FISTULAS, ETC)

SISTEMA ENDOCRINO

SISTEMA GENITO - URINARIO

EXTREMIDADES SUPERIORES

PIES

EXTREMIDADES INFERIORES

COLUMNA VERTEBRAL

SEÑAS PARTICULARES, TATUAJES, CICAT.

PIEL Y LINFATICOS

DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD CON DETALLE, CONTINÚE EN HOJA ADICIONAL SI ES NECESARIO

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

EXAMEN CARDIOPULMONAR	PRESIÓN ARTERIAL	SENTADO	SISTOLE		RECOSTADO	SISTOLE		DE PIE 3'	SISTOLE	
			DIASTOLE			DIASTOLE			DIASTOLE	
	PULSO	SENTADO	DESPUÉS DE EJER.			2' DESPUÉS		RECOSTADO		RECOSTADO 3' DESPUÉS
	E.C.G.					DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD CON DETALLE CONTINÚE EN HOJA ADICIONAL SI ES NECESARIO				
Rx. TÓRAX										
					FECHA					FIRMA Y SELLO DEL CARDIOLOGO (*1)

EXAMEN OPTALMOLÓGICO	VISION LEJANA		REFRACTANCIA		VISION CERCANA		HETEROFORIA (ACLARAR DIST)		
	O.D.	C/C							
	O.I.	C/C							
	ACOMODACION		VISION CROMATICA		VISION PROFUNDA		INCORRECTO		
	DER.	IZQ.					CORRECTO		
	CAMPO VISUAL		VISION NOCTURNA		FONDO DE OJO		TENSION INTRAMUSCULAR		
	NORMAL					ANORMAL	DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD CON DETALLE CONTINÚE EN HOJA ADICIONAL SI ES NECESARIO		
	OJOS - GENERAL								
	OFTALMOSCOPIA								
	PUPILAS (IGUALDAD Y REACCION)								
MOVILIDAD OCULAR									
DEBE USAR ANTEOJOS								FECHA	FIRMA Y SELLO DEL OPTALMÓLOGO (*1)
SI			NO						

EXAMEN ORTOPÉDICO TRAUMATOLÓGICO	NORMAL			ANORMAL	DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD CON DETALLE CONTINÚE EN HOJA ADICIONAL SI ES NECESARIO	
	CABEZA Y CUELLO					
	CINTURA ESCAPULAR					
	COLUMNA Y TÓRAX					
	CINTURA PELVICA					
	EXTREMIDADES SUPERIORES					
	MANOS					
	EXTREMIDADES INFERIORES					
	TOBILLO Y PIES					
				FECHA	FIRMA Y SELLO DEL TRAUMATÓLOGO (*1)	

EXAMEN NEUROLÓGICO	E.E.G.	Informe
	FECHA	
		FIRMA Y SELLO DEL NEURÓLOGO (*1)

EXÁMENES LABORATORIO	ORINA: A) DENSIDAD		B) MICROSCOPIA	
	C) ALBUMINA		D) GLUCOSA	
	SANGRE A) GLUCEMIA		B) UREMIA	C) ERITRO
	D) GL. ROJOS	E) BLANCOS	F) HEMOGL.	G) HEMAT.
	H) FORM. N	E	B	L
	I) SEROLOGÍA	G.S.	Rh.	
				FIRMA Y SELLO (*1)

DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIÓN	DIAGNOSTICO	CLASIFICACIÓN
	LUGAR Y FECHA	FIRMA Y SELLO DEL ORGANISMO OFICIAL

(*1) LOS PROFESIONALES ACTUANTES EN LOS EXÁMENES Y ESTUDIOS QUE COMPLETAN LA LICENCIA MÉDICA, ESTARÁN INFORMADOS DE QUE LOS EXÁMENES Y ESTUDIOS QUE AVALAN CON SU FIRMA HABILITAN AL DESTINATARIO PARA LA CONDUCCIÓN DEPORTIVA AUTOMOVILÍSTICA. LISTA NORMATIVA DE AFECCIONES Y ENFERMEDADES INCOMPATIBLES CON EL AUTOMOVILISMO DEPORTIVO: *DIABETES QUE EXIJA TRATAMIENTO DE INSULINA, *EPILEPSIA, AFECCIONES Y ENFERMEDADES QUE PUEDAN ESTAR SUJETAS A LA APRECIACIÓN DE LA COMISIÓN MÉDICA NACIONAL: "INFARTO DE MIOCARDIO E ISQUEMIA MIOCARDIO", *VOLVULOPATÍA O AFECCIONES GRAVES O DESCOMPENSADAS, *LIMITACIONES FUNDACIONALES DE ARTICULACIONES DE LA MANO, SUPERIOR AL 50% Y QUE AFECTEN AL MISMO TIEMPO DOS Ó MÁS DEDOS DE LA MISMA MANO, *NO SE ADMITIRÁN LAS AMPUTACIONES, SALVO EN LO QUE CONCIERNE A LOS DEDOS DE LA MANO, EN LOS QUE LA FUNCIÓN DE APREHENSIÓN DEBE CONSERVARSE EN LOS DOS LADOS, *NO SE ADMITIRÁN LAS PRÓTESIS ORTÓPÉDICAS, *EL LIMITE FUNCIONAL DE LAS GRANDES ARTICULACIONES CUANDO EXISTA DEBE SER INFERIOR AL 50%. ANEXO DEL R.D.A.

*LICENCIAS DEPORTIVAS, *LIC. MÉDICA-Art. 3-2 A Art. 4