

## 205.03 – HOJA DE EVALUACION MEDICA

Lugar de la prueba \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Lugar nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Fecha de la 1ª carrera: \_\_\_\_\_

Otros deportes practicados: \_\_\_\_\_

### ESTADO ACTUAL DE SALUD Y ENFERMEDADES ANTERIORES

Enfermedad (anterior o actual) \_\_\_\_\_

Con mención especial de \_\_\_\_\_

Cardiopatía       Coronario       Diabetes Tipo 1 / 2 (marcar con un círculo)

Epilepsia       Presión arterial alta

Operaciones realizadas anteriormente \_\_\_\_\_

Fechas de estas operaciones \_\_\_\_\_

Accidentes (cuando, donde, bajo qué circunstancias) \_\_\_\_\_

Alcohol g/día \_\_\_\_\_ Tabaco cigarrillos/día \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Medicamentos habituales/frecuencia de toma \_\_\_\_\_

Por favor, tenga en cuenta las reglas antidopaje y la lista WADA - UIM de sustancias prohibidas y las reglas de exención de uso terapéutico.

## 205.04 – EXAMEN OBJETIVO GENERAL

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Índice de masa corporal (Peso (kg)/Altura(m) IMC): \_\_\_\_\_

Exención de la regla IMC sobre 30kg/m<sup>2</sup>.

Para obtener de la UIM una exención de la “regla de IMC”, un piloto podría demostrarle al asesor médico de la UIM que su característica antropométrica de grasa corporal está dentro o cerca del rango normal y, por lo tanto, posiblemente sea elegible.

- Para hacerlo, el piloto deberá someterse a una evaluación de la composición corporal mediante el uso de un método de Absorciometría de rayos X de doble emisión (DXA).

- El porcentaje total de grasa corporal obtenido de esta medida debe permanecer fuera del “rango de obesidad” para el sexo y la edad considerados (consulte la tabla a continuación)

-Debido a problemas de fiabilidad, la UIM no aceptará ningún otro método de medición de composición corporal que DXA.

-El piloto debe repetir este procedimiento todos los años antes de la aplicación de la superlicencia, en caso de que su IMC se calcule por encima de 30 Kg/m<sup>2</sup>.

- Todos los demás requisitos incluidos en el procedimiento medico de superlicencia deben cumplirse.

## RANFOS DE GRASA CORPORAL TENIENDO EN CUENTA LA EDAD Y EL GENERO

mujeres

| Edad       | Grasa baja | Rango saludable | Sobrepeso | Obeso   |
|------------|------------|-----------------|-----------|---------|
| 20-40 años | menos 21%  | 21-33%          | 33-39%    | más 39% |
| 41-60 años | menos 23%  | 23-35%          | 35-40%    | más 40% |
| 61-79 años | menos 24%  | 24-36%          | 36-42%    | más 42% |

hombres

| Edad       | Grasa baja | Rango saludable | Sobrepeso | Obeso   |
|------------|------------|-----------------|-----------|---------|
| 20-40 años | menos 8%   | 8-19%           | 19-25%    | más 25% |
| 41-60 años | menos 11%  | 11-22%          | 22-27%    | más 27% |
| 61-79 años | menos 13%  | 13-25%          | 25-30%    | más 30% |

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Deformidades congénitas o adquiridas \_\_\_\_\_

Sistema respiratorio \_\_\_\_\_

Espirometria (obligatorio) Por favor, adjunte los resultados impresos y las graficas \_\_\_\_\_

FVC \_\_\_\_\_

FEV \_\_\_\_\_

Sistema cardiovascular: ¿hay alguna evidencia de anormalidad del corazón o del sistema cardiovascular?

o Si o No - si es "sí" proporcione los detalles:

Presión arterial en reposo \_\_\_\_\_

Frecuencia cardiaca en reposo \_\_\_\_\_

Electrocardiograma en reposo \_\_\_\_\_

ECG de estrés y perfil de presión arterial (*obligatorio, ver 205.04.1 -elementos adicionales*) \_\_\_\_\_

Adjunte resultados impresos y graficos e informe final

Revisión oftalmológica (obligatoria cada dos años)

¿Se sometió a esta revisión el año pasado?

En caso afirmativo especifique cuando: .. / .. / ....

Si no es así, solicite a su oftalmólogo que complete lo siguiente:

Facultad de visión (sin corregir) Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

(con corrección) Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

Visión con ambos ojos abiertos (usando lentes correctivas si es necesario)

Campo de visión \_\_\_\_\_

Visión de los colores: ¿es normal la visión del color del solicitante?

o Si o No

Si es "No", indique los detalles a continuación:

Firma y sello del oftalmólogo

Prueba de audición \_\_\_\_\_

Orina: Albumina \_\_\_\_\_ Azúcar \_\_\_\_\_

¿Es normal el análisis de orina? o Si o No

Si es "No", indique los detalles a continuación

Sistema nervioso \_\_\_\_\_

Oros \_\_\_\_\_

¿Tiene el deportista alguna anomalía física o restricción de movimientos en los brazos o piernas?  
o Si o No Si es "Sí", indique los detalles:

---

---

¿Existe alguna evidencia de una condición física o mental (pasada o presente) que podría, en su opinión, evitar que el deportista tenga una licencia para una modalidad deportiva del motor?

o Si o No

Si es "Sí", indique los detalles:

---

---

Para el médico y el deportista :

¿Es usted el médico habitual del deportista? o Si o No

Sello del médico (junto con el nombre y nº de colegiado):

Nombre en letras mayúsculas: \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Esto es para certificar que ha examinado al deportista de acuerdo con este formulario.

Firma del médico \_\_\_\_\_

Firma del deportista \_\_\_\_\_