



cccpr.space

Formas de Examinación e Historial Medico

Notas al medico:

Se le esta pidiendo que examine al aplicante con el propósito de obtener aprobación para manejar autos de carrera. Esta forma le ayudara a determinar si el aplicante esta apto para manejar autos de carreras.

Examinacion A completarse por un médico.

Historia Medica A completarse por el aplicante.

A. Condiciones en las que el aplicante operaria un auto de carreras:

1. Temperaturas extremas (aproximadamente hasta 120°F) por largos periodos del tiempo.
2. Humo, gases, vapor, quimicos cáusticos y polvo.
3. Ruido y vibracion excesiva.
4. Potencial incrementado a exposicion a fuego.

Requisitos*: Todo aplicante Debera someter este document (Forma de Examinacion Medica e Historial Medico). Aun luego de sometido este document al CCCPR en su totalidad, el aplicante Debera ser responsable de toda regla y parametron establecido por el CCPR.

Renovacion:

Aplicante menor a 40 años de edad: Cada 5 años.

Aplicante entre 41 a 50 años de edad: Cada 3 años.

Aplicante entre 51 a 70 años de edad: Cada 2 años.

Aplicante mayor de 70 años de edad: Anual



cccpr.space

Formas de Examinación e Historial Medico

Forma de Examinación

A completarse por un médico en su totalidad.

Medico: Use la última página para anotaciones adicionales.

Nombre de Apicante: _____ Fecha: _____ # Membresía: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Color de Cabello: _____ Color de ojos: _____

Presión Arterial: Pulso: _____ Peso: _____ Estatura: _____

CAPACIDAD NEUROLOGICA

REFLEJOS: _____ Normal _____ Anormal

CONDICION CARDIACA

_____ Normal Abnormal

CONDICION METABOLICA

Historial de diabetes: _____ No _____ Si

Nivel de HgbA1C (Menor a 10)

VISION

Vision (use numbers 20/20) OD (Der): _____ OS (Izq): _____ OU

(Ambos): _____ Vision a color: _____ Prueba Utilizada:

Vision Periferal (grados de la linea del medio): _____ OD: _____ OS: _____ Test::

Condiciones médicas al aprobar o rechazar al aplicante

1. Vision limitada	2. Problemas psicologicos
3. Alcoholismo, uso o addicion a sustancias controladas	4. Implantes de defibrilador
5. Presion Arterial: Diastolica sobre 90, sistolica sobre 160	6. Epilepsia
7. Perdida de ojo o alguna extremidad	8. Historial de enfermedades cardiacas
9. Historial de desmayos	10. Uso de narcoticos
11. Diabetes	12. Capacidad pulmonar limitada

Conducir un auto de carreras es una actividad fisicamente demandante

El entorno envuelve exposición a altas temperaturas por largos periodos de tiempo con una habilidad limitada de enfriamiento y/o ventilación. Si el aplicante presenta alguna limitación física a tolerar dicho entorno, no se debería aprobar la forma médica.



cccpr.space

Formas de Examinación e Historial Medico

APROBADO

Forma de examinación e historial médico aprobada. El aplicante es apto para participar en carreras de autos.

Firma del medico _____

Nombre del Medico _____

Direccion _____

Ciudad _____ Zip Code _____

Numero Telefono _____ Fecha _____

FALLADO

Aplicante no es apto para participar en autos de carreras.

Firma del medico _____

Nombre del Medico _____

Direccion _____

Ciudad _____ Zip Code _____ Numero

Telefono _____ Fecha _____



cccpr.space

Formas de Examinación e Historial Medico

Historial Medico del Aplicante

(To be completed by Applicant)

Favor de completar de manera legible.

Membresía _____ Edad: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad / Zip Code: _____

Email: _____ Ocupación: _____

Teléfono: (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

PLEASE INDICATE IF YOU EVER HAD, OR HAVE NOW, ANY OF THE FOLLOWING:

Experimenta o ha experimentado?	Si	No
Problemas psiquiátricos o de salud mental		
Problemas de visión (adicionales al uso de espejuelos)		
Asma		
Diabetes que requiera insulina		
Anemia o algún otro problema sanguíneo		
Admisiones al hospital en los últimos 12 meses		
Alergias a algún medicamento		
Uso rutinario de medicamentos para el dolor		
Amputaciones		
Enfermedades no incluidas en la lista de preguntas		
Uso de algún equipo para ayudar en la respiración		

Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad / Zip Code: _____

Experimenta o ha experimentado?	Si	No
Dolores de cabeza frecuentes o severos		
Pérdida de consciencia		
Mareos, vértigo o desmayos		
Epilepsia o convulsiones		



cccpr.space

Formas de Examinación e Historial Medico

Enfermedades coronarias o de angina		
Enfermedades relacionadas de valvula cardiacas		
Ritmo cardiaco anormal		
Alta presion arterial		
Cirugias cerebrales		
Cirugia cardiaca		
Cirugias en ojos, nervios, huesos, venas		
Uso de narcoticos		
Problemas de Drogas y/o alcoholismo		

Medicamento Anticoagulante (circulo) SI NO

Incluya aqui cualquier comentario (incluyendo lista de medicamentos o condiciones fisicas) que quiera usar para complementar la información incluida en la forma. _____

Firma del Apicante _____ **Fecha** _____



Comentarios adicionales: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.