



**FORMULARIO CONFIDENCIAL DE RECONOCIMIENTO MÉDICO PARA LICENCIAS AERONÁUTICAS CON APTITUD PSICOFÍSICA SEGÚN EXAMEN MÉDICO GENERAL PARA PERSONAL DE TIERRA Y MANTENIMIENTO**

LUGAR:					
NOMBRES Y APELLIDOS:			SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
RUN:		FECHA DE NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:	
ACTIVIDAD:		FONO:			
TRATA DE OBTENER UNA LICENCIA: INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> TSV <input type="checkbox"/> EOY <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> EOC <input type="checkbox"/>					
¿HA SIDO USTED SOMETIDO ANTERIORMENTE A RECONOCIMIENTO MÉDICO PARA OBTENER LICENCIAS AERONÁUTICAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
EN CASO AFIRMATIVO, FUE DECLARADO APTO <input type="checkbox"/> NO APTO <input type="checkbox"/>			FECHA DE DECLARACIÓN: _____		
TIPO DE LICENCIA AERONÁUTICA ACTUAL TSV <input type="checkbox"/> EOY <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> OCE <input type="checkbox"/>					
<b>ANTECEDENTES MÉDICOS QUE DECLARA</b>					
¿HA EXPERIMENTADO UD. ALGUNA VEZ UNO DE LOS SÍNTOMAS O EVENTOS SIGUIENTES? (Con respecto a las respuestas afirmativas, de detalles en el apartado "Precisiones".)					
	SI	NO		SI	NO
1 DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O FUERTES			13 TRASTORNOS DE SALUD PSÍQUICA		
2 VÉRTIGO, DESVANECIMIENTO O DESMAYO			14 USO DE ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICOS		
3 PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O SÍNCOPE POR CUALQUIER CAUSA			15 TERAPIA ANTIALCOHÓLICA		
			16 DÉFICIT DE VISIÓN O AUDICIÓN		
4 TRASTORNOS EN VISIÓN DE COLORES			17 MAREO O DESCOORDINACIÓN QUE REQUIERA EL USO DE MEDICAMENTOS		
5 FIEBRE DEL HENO O ASMA					
6 ENFERMEDAD INFECCIOSA CRÓNICA			18 RECHAZO PARA UN SEGURO DE VIDA		
7 TRASTORNOS CARDIOVASCULARES			19 TRAUMAS POR ACCIDENTES CON SECUELA		
8 PRESIÓN ALTA			20 AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
9 PROBLEMAS DIGESTIVOS Y BILIARES			21 AFECCIONES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS		
10 CÁLCULO EN EL RIÑÓN O SANGRE EN LA ORINA			22 AFECCIONES NEUROLÓGICAS		
11 DIABETES O RESISTENCIA A LA INSULINA			23 OTRAS ENFERMEDADES DE CUALQUIER TIPO O TERAPIA CON MEDICAMENTOS DE USO PERMANENTE (explicar en "precisiones")		
12 EPILEPSIA O INSCONCIENCIA DE CUALQUIER TIPO					
24 HAY ALGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE : DIABETES <input type="checkbox"/> ENF. CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>					
25 HOSPITALIZADO/A EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FUMA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
26 DE ACUERDO A SUS ANTECEDENTES MÉDICOS, ¿CREE UD GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
PRECISIONES SOBRE LOS ANTECEDENTES MÉDICOS Y MEDICAMENTOS QUE USA: _____ _____ _____					
<b>DECLARACIÓN JURADA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>					
DECLARO EXPRESAMENTE QUE HE ENTENDIDO EL CUESTIONARIO Y QUE TODO LO DECLARADO Y RESPONDIDO EN ESTE FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO MÉDICO SE AJUSTA A LA VERDAD A MI LEAL SABER Y ENTENDER, Y A MI HISTORIA CLÍNICA. ASIMISMO CONFORME A LA LEY N° 19.628, AUTORIZO A LA RED MÉDICA DE LA DGAC A CONOCER Y TRATAR LOS DATOS SENSIBLES DE MI SALUD Y DATOS NECESARIOS EXCLUSIVAMENTE PARA DETERMINAR MI APTITUD PSICOFÍSICA PARA OBTENER Y/O MANTENER LA LICENCIA AERONÁUTICA QUE SOLICITO.					
_____ FIRMA Y RUN DEL SOLICITANTE					

**RECONOCIMIENTO MÉDICO SEGÚN REQUISITOS REGLAMENTO DAR-01**

27 ESTATURA _____ CM.	IMC	37 CABEZA, CARA, CUELLO, CUERO CABELLUDO NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
28 PESO _____ KLS		38 PULMONES Y TÓRAX (incluso las mamas) NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
29 PRESIÓN ARTERIAL EN REPOSO ACOSTADO _____ Sistólica _____ / _____ Diastólica DE PIÉ _____ Sistólica _____ / _____ Diastólica		39 CORAZÓN (impulso apical, tamaño, ritmo y tonos)  NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
30 PULSO EN REPOSO ACOSTADO _____ DE PIÉ _____		40 SISTEMA VASCULAR AV. NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
31 NARIZ NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		41 ABDOMEN Y VÍSCERAS NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
32 SENOS PARANASALES NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		42 ANO Y RECTO NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
33 BOCA Y GARGANTA NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		43 SISTEMA ENDOCRINO NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
34 OÍDOS EX. CLÍNICO GENERAL NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		44 SISTEMA GÉNITO-URINARIO NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
35 OÍDOS Oye: murmullo a 2 mts conversación a 2 mts DER. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IZQ. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		45 ASPECTO FÍSICO GENERAL NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
36 AUDIOMETRÍA TONAL (alternativa): Pérdida en dB. OÍDO DERECHO HZ 500 1000 2000 3000 4000 6000 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OÍDO IZQUIERDO HZ 500 1000 2000 3000 4000 6000 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUDICIÓN NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		46 EXAMEN OFTALMOLÓGICO CLÍNICO NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		47 CAMPO VISUAL NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		48 PUPILAS: IGUALDAD Y REACCIÓN DISTANCIA/LUZ NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		49 MOTILIDAD OCULAR : Mov.paralelo y asociado. Nistagmo. NORMAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		* POSEE LICENCIA CONDUCTOR VEHÍCULOS MTT. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TÉRMINO DE VIGENCIA: _____ / _____ / _____ OBS. A L.C.: _____	
50 AGUDEZA VISUAL LEJANA	NO CORREGIDA	CORREGIDA (lentes)	LENTES
OJO DER.	20/____	20/____	DE MARCO <input type="checkbox"/>
OJO IZQ.	20/____	20/____	DE CONTACTO <input type="checkbox"/>
AMBOS OJOS	20/____	20/____	
51 AGUDEZA VISUAL CERCANA 30-50 cm (12-20 pulgadas) (Con o sin lentes)	Letra Times New Roman alto 1,75 mm	LEE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
52 AGUDEZA VISUAL INTERMEDIA 100 cm (40 pulgadas) (Con o sin lentes)	Letra Times New Roman alto 4,9 mm	LEE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
53 VISIÓN DE COLORES. TEST ISHIHARA 24 LÁMINAS FALLAS: _____ /24 LÁMINAS N°: _____	NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>	
CONCLUSIÓN OFTALMÓLOGO SEGÚN REGLAMENTO DAR. 01. CUMPLE CON LA NORMA <input type="checkbox"/> NO CUMPLE CON LA NORMA <input type="checkbox"/> DEBE USAR LENTES PARA CERCA <input type="checkbox"/> DEBE USAR LENTES PARA LEJOS <input type="checkbox"/> TIPO _____			
RUN, Nombre y firma del especialista			

54 EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
55 COLUMNA VERTEBRAL (afecciones músculo esqueléticas)	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
56 SEÑAS PARTICULARES VISIBLES (cicatrices y tatuajes)	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
57 SISTEMA RESPIRATORIO	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
58 EXAMEN NEUROLÓGICO (ref. tendin., sentido equilibrio, coordinación., etc)	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
59 EXAMEN DE SALUD MENTAL (indicar cualquier alteración de la personalidad)	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
60 EXAMEN GENERAL DE LOS DEMÁS SISTEMAS	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**ANÁLISIS DE LABORATORIO BÁSICO**

MUESTRA DE ORINA: GLUCOSA  ALBÚMINA  EXAMEN MICROSCÓPICO

MUESTRA DE SANGRE: HEMOGRAMA  VHS  VDRL O REACCIÓN DE KHAN  PERFÍL BIOQUÍMICO

LÍPIDOS

ECG: NORMAL  ANORMAL

RX. TÓTAX: NORMAL  ANORMAL

RESUMEN (anomalías, hallazgos, observaciones y exámenes o interconsultas complementarios anexados) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO A LA FECHA DE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

INFORMO Y DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD MÉDICO-LEGAL QUE HE EXAMINADO PERSONALMENTE AL SOLICITANTE Y QUE SU RECONOCIMIENTO MÉDICO Y **ANEXOS ADJUNTOS** REVELAN FIELMENTE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN; Y DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES DEL REGLAMENTO DAR 01, QUE HE COTEJADO EN SU CUMPLIMIENTO ([www.DGAC.cl](http://www.DGAC.cl)), EL SOLICITANTE:

CUMPLE  NO CUMPLE  OBSERVACIONES (Anexo) SI  NO

DEBE USAR LENTES CORRECTORES SI  NO

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico Examinador  
Aeronáutico (AME)

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico/ AME

RUN: \_\_\_\_\_

**ACREDITACIÓN DE SALUD POR VERIFICACIÓN DGAC.**

APTO  NO APTO

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre / Firma Sección MEDAV DGAC

OBSERVACIONES DE LA EVALUACIÓN MÉDICA MEDAV DGAC \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_