

**FORMULARIO PARA INFORME MÉDICO  
DE PERSONAL AERONÁUTICO PORTADOR DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

1. NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

2. NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

3. LICENCIA N° / CATEGORÍA: \_\_\_\_\_ 4. R.U.N / PASAPORTE: \_\_\_\_\_

5. HABILITACIÓN DE CLASE/ TIPO/ FUNCIÓN: \_\_\_\_\_

6. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ 7. EDAD: \_\_\_\_\_

8. DATA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (Años) / TRATADA POR (Años): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

9. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (Código CIE – 10 OMS): \_\_\_\_\_

10. ETAPA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_\_\_

11. TRASTORNOS DE ÓRGANOS DIANA O BLANCOS: SI  NO

Cardiopatía Hipertensiva: Si  No  Nefropatía: Si  No  Retinopatía: Si  No

Aorta: Si  No  Cerebrovascular: Si  No  Otros Vasos: Si  No

12. MONITOREO AMBULATORIO DE PA (MAPA/ Holter Dinámico):

Resumen informe médico: \_\_\_\_\_

13. MEDICACIÓN ( Fármacos, dosis) \_\_\_\_\_

14. EFECTO ADVERSO DE LA MEDICACIÓN: No  Si

Describir: \_\_\_\_\_

15. CONCLUSIÓN MÉDICA: HTA Bien Controlada  Parcialmente Controlada   
Requiere ajuste del manejo

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE MÉDICO – FIRMA / R.U.N.