



FORMULARIO MÉDICO PARA PERSONAL AERONÁUTICO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS (D.M)

NOMBRES: _____ EDAD: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

RUN / DNI / PASAPORTE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

FECHA DE DIAGNÓSTICO _____ / _____ / _____

TIPO DIABETES MELLITUS _____

TERAPIA EN CURSO

HIPOGLICEMIANTE ORAL () DOSIS _____

DIETA () _____

INSULINA () DOSIS Sbc _____

OTROS MEDICAMENTOS ORALES () DOSIS _____

PATOLOGÍA GES (Marcar con X) SI NO

ASOCIACIÓN CON OTRAS PATOLOGÍAS _____

EXÁMENES

VALOR ANTERIOR VALOR ACTUAL

EXÁMENES	VALOR ANTERIOR	VALOR ACTUAL
GLICEMIA AYUNO		
HB.GLICOSILADA		
HOMA		
CURVA TOLERANCIA GLUCOSA		
CREATININA		
GLUCOSURIA		

Nota: Titular debe enviar este informe al siguiente correo: medav@dgac.gob.cl



DIRECCIÓN GENERAL DE AERONÁUTICA CIVIL
SECCIÓN MEDICINA DE AVIACIÓN

PATOLOGÍA (Marcar con X) COMPENSADA **DESCOMPENSADA**

OBSERVACIONES MÉDICAS: Efectos adversos en los medicamentos, resultados importantes de laboratorio, imagenología, pruebas funcionales, cuadros concomitantes, etc.

FECHA PRÓXIMO CONTROL PROGRAMADO _____

NOMBRE MÉDICO _____

RUT _____

FECHA EXAMEN ____/____/____

FIRMA Y TIMBRE MÉDICO

Nota: Titular debe enviar este informe al siguiente correo: medav@dgac.gob.cl