



FORMULARIO INFORME MENSUAL POR EMBARAZO
PARA PERSONAL AERONÁUTICO DE VUELO

NOMBRES: _____ EDAD: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

RUN / DNI / PASAPORTE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

FECHA CONFIRMACIÓN DE EMBARAZO: _____

SEMANAS DE GESTACIÓN: _____

FECHA PROBABLE DE PARTO: _____

RESUMEN Y FECHA DE ÚLTIMOS EXÁMENES: _____

ENFERMEDADES CONCOMITANTES: _____

MEDICAMENTOS: _____

OBSERVACIONES (descartar complicaciones): _____

FECHA DE PRÓXIMO CONTROL: _____

NOMBRE GINECO-OBSTETRA: _____

RUN: _____

FECHA: _____ / _____ / _____

FIRMA Y TIMBRE ESPECIALISTA

Titular debe enviar este Informe a: medav@dgac.gob.cl