



FORMULARIO EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO
PARA PERSONAL AERONÁUTICO

NOMBRES: _____ EDAD: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

RUN / DNI / PASAPORTE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

Exploración Física: Normal Anormal Detalle

Fosas Nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Boca y Faringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Laringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Prueba audición de voz (conversación a 2 mts. de distancia, de espalda al examinador)

Oído Derecho: Normal Anormal **Oído Izquierdo:** Normal Anormal

Audiometría:

Oído \ Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Derecho								
Izquierdo								
Norma: menor o igual a		35 dB	35 dB	35 dB	50 dB			

Logo audiometría:

Oído \ Hz	250	500	MASKING	TINNITUS
Derecho				
Izquierdo				

Norma: 80 % entre 0 y 35 - 45 dB

Observaciones: _____

Conclusión Examen Otorrinolaringológico:

Diagnóstico: _____

Uso de audífonos:

Pruebas auditivas con audífono:

SI NO AMBOS

SI NO

OD OI

Nombre Otorrinolaringólogo: _____

RUN: _____

Fecha Examen: _____ / _____ / _____

Firma y timbre Especialista

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