



**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](mailto:medav@dgac.gob.cl)