



DIRECCIÓN GENERAL DE AERONÁUTICA CIVIL  
SECCIÓN MEDICINA DE AVIACIÓN

## FORMULARIO MÉDICO PARA PERSONAL AERONÁUTICO PORTADOR DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

NOMBRES: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

RUN / DNI / PASAPORTE: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

TRASTORNOS DE ÓRGANOS DIANA O BLANCOS: SI  NO

Cardiopatía Hipertensiva: SI  NO

Nefropatía: SI  NO

Retinopatía: SI  NO

Vasculares: SI  NO

Cerebrovascular: SI  NO

RESUMEN Y FECHA DE ÚLTIMOS EXAMENES: (Holter de Presión/Mapa/ECG/Ecocardiograma 2D, otros)

---

---

---

MEDICAMENTOS (Nombre de Fármacos y dosis) \_\_\_\_\_

---

---

### CONCLUSIÓN MÉDICA:

HTA Bien controlada  Parcialmente Controlada  Requiere Ajuste del Manejo

OBSERVACIONES (Enfermedades concomitantes): \_\_\_\_\_

---

---

FECHA PRÓXIMO CONTROL PROGRAMADO \_\_\_\_\_

NOMBRE MÉDICO: \_\_\_\_\_

RUN: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE ESPECIALISTA

**Nota: Titular debe enviar este informe al siguiente correo: [medav@dgac.gob.cl](mailto:medav@dgac.gob.cl)**