



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