



FORMULARIO CONFIDENCIAL DE RECONOCIMIENTO MÉDICO PARA LICENCIAS AERONÁUTICAS
NO COMERCIALES CLASE DOS Y EXAMEN GENERAL PARA PERSONAL DE TIERRA Y MANTENIMIENTO

LUGAR						
NOMBRES Y APELLIDOS				SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
RUN: ACTIVIDAD:	FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD FONO			
TRATA DE OBTENER UNA LICENCIA DE:	INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>	ALUM. PILOTO <input type="checkbox"/> TIERRA <input type="checkbox"/>	PIL. PRIVADO <input type="checkbox"/> MANTENIMIEN. <input type="checkbox"/>	ULTRALIVIANO <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>		
¿HA SIDO USTED SOMETIDO ANTERIORMENTE A RECONOCIMIENTO MÉDICO PARA DESEMPEÑAR FUNCIONES AERONÁUTICAS?			EN CASO AFIRMATIVO: FUE DECLARADO MEDICAMENTE			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			APTO <input type="checkbox"/> NO APTO <input type="checkbox"/>			
			FECHA DE LA DECLARACIÓN: _____			
TIPO DE AERONAVE EN QUE ACTUALMENTE VUELA O APLICA LICENCIA AERONÁUTICA		HELICÓPTERO <input type="checkbox"/> ULTRALIVIANO <input type="checkbox"/>	AVIÓN <input type="checkbox"/>	GLOBO <input type="checkbox"/> _____		
ANTECEDENTES MÉDICOS						
¿HA EXPERIMENTADO UD. ALGUNA VEZ UN SÍNTOMA O EVENTO SIGUIENTE? (CON RESPECTO A LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS, DENSE DETALLES EN EL APARTADO INFERIOR)						
		SI	NO		SI	NO
1.-	DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O FUERTES			15	TRASTORNOS DE SALUD PSIQUICA	
2.-	VÉRTIGO, DESVANECIMIENTO O DESMAYO			16	CONSUMO HABITUAL DE DROGAS, ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICOS	
3.-	PERDIDA DEL CONOCIMIENTO O SÍNCOPE POR CUALQUIER CAUSA			17	TERAPIA ANTIALCOHÓLICA	
4.-	TRASTORNOS EN VISIÓN DE COLORES			18	DEFICIT DE VISIÓN O AUDICIÓN	
5.-	FIEBRE DEL HENO O ASMA			19	MAREO (DEBIDO AL MOVIMIENTO) QUE REQUIERA EL USO DE MEDICAMENTOS	
6.-	ENFERMEDAD VIRAL CRÓNICA			20	RECHAZADO PARA UN SEGURO DE VIDA	
7.-	TRASTORNOS CARDIOVASCULARES			21	HOSPITALIZADO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS	
8.-	PRESIÓN ARTERIAL ALTA			22	ACCIDENTE DE AVIACIÓN U OTROS ACCIDENTES	
9.-	PROBLEMAS DIGESTIVOS			23	AFECCIONES OSTEO MUSCULARES	
10.	CÁLCULOS EN EL RIÑÓN O SANGRE EN LA ORINA			24	AFECCIONES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS	
11	DIABETES			25	AFECCIONES NEUROLÓGICAS	
12	EPILEPSIA O ATAQUES DE CUALQUIER TIPO			26	OTRAS ENFERMEDADES (A PRECISAR)	
13	HAY ALGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE:					
	DIABETES <input type="checkbox"/>	ENF. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>		
14	DE ACUERDO A SUS ANTECEDENTES MÉDICOS, ¿GOZA UD. DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL?					
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
PRECISIONES SOBRE LOS ANTECEDENTES MÉDICOS						
DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE						
DECLARO EXPRESAMENTE QUE HE ENTENDIDO EL CUESTIONARIO Y QUE TODO LO DECLARADO Y RESPONDIDO EN ESTE FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO MÉDICO SE AJUSTA A LA VERDAD A MI LEAL SABER Y ENTENDER, Y A MI HISTORIA CLÍNICA						
_____ FIRMA DEL SOLICITANTE						

RECONOCIMIENTO MÉDICO SEGÚN REQUISITOS REGLAMENTO DAR-01

26 ESTATURA _____ cm. 27 PESO _____ Kg. 28 PRESIÓN ARTERIAL EN REPOSO SENTADO: <table style="display: inline-table; margin-right: 20px;"><tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr><tr><td style="text-align: center;">SISTÓLICA</td><td style="text-align: center;">DIASTÓLICA</td></tr></table> RECLINADO: <table style="display: inline-table;"><tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr><tr><td style="text-align: center;">SISTÓLICA</td><td style="text-align: center;">DIASTÓLICA</td></tr></table> 29 PULSO: _____ EN REPOSO _____			SISTÓLICA	DIASTÓLICA			SISTÓLICA	DIASTÓLICA	ASPECTO FÍSICO: DELGADO <input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> 39 OJOS EN GENERAL: CAMPO DE VISIÓN SI <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 40 EXAMEN OFTALMOLÓGICO SI <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 41 PUPILAS: IGUALDAD Y REACCIÓN SI <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 42 MOTILIDAD OCULAR: MOV. PARALELO Y ASOCIADO, NISTAGMO SI <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AGUDEZA VISUAL LEJANA: NO CORREGIDA CORREGIDA 43 OJO DERECHO 20 / 20 / 44 OJO IZQUIERDO 20 / 20 / 45 AMBOS OJOS 20 / 20 / 46 AGUDEZA VISUAL CERCANA: 30 - 50 cm. (12 - 20 pulgadas) VALOR DE LA TABLA N° 47 AGUDEZA VISUAL INTERMEDIA: 100 cm. (40 pulgadas) VALOR DE LA TABLA N° 48 VISIÓN DE COLORES: NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>
SISTÓLICA	DIASTÓLICA								
SISTÓLICA	DIASTÓLICA								
30 NARIZ SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 31 SENOS PARANASALES SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 32 BOCA Y GARGANTA SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 33 OÍDOS EN GENERAL (CANALES INTERNOS Y EXTERNOS) SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> OÍDO MURMULLO CONVERSACIÓN 35 OÍDO DERECHO _____ metros _____ metros 36 OÍDO IZQUIERDO _____ metros _____ metros AUDIOMETRÍA TONAL 500 1000 2000 3000 37 OÍDO DERECHO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PÉRDIDA EN DB 38 OÍDO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PÉRDIDA EN DB	CONCLUSIÓN O.R.L. SEGUN DAR 01 APTO <input type="checkbox"/> NO APTO <input type="checkbox"/> RUN, NOMBRE Y FIRMA DEL ESPECIALISTA _____ 49 CABEZA, CARA, CUELLO, Y CUERO CABELLUDO SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 50 PULMONES Y TORAX (INCLUSO LAS MAMAS) SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 51 CORAZÓN (IMPULSO APICAL, TAMAÑO, RITMO Y TONOS) SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 52 SISTEMA VASCULAR AV SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 53 ABDOMEN Y VISCERAS (INCLUSO HERNIA) SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 54 ANO Y RECTO (HEMORROIDES, FISTULAS, PRÓSTATA) SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 55 SISTEMA ENDOCRINO SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 56 SISTEMA GENITO-URINARIO SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/>								
CONCLUSIÓN OFTALMÓLOGO SEGÚN DAR 01									
APTO <input type="checkbox"/> DEBE USAR LENTES PARA CERCA <input type="checkbox"/> NO APTO <input type="checkbox"/> DEBE USAR LENTES PARA LEJOS <input type="checkbox"/> RUN, NOMBRE Y FIRMA DEL ESPECIALISTA _____									
57 EXTREM. SUPERIOR E INFERIOR (FUERZA, AMPLITUD DE MOVIMIENTO) SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 58 COLUMNA VERTEBRAL (AFECCIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS) SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 59 SEÑAS PARTICULARES VISIBLES (CICATRICES Y TATUAJES) SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 60 SISTEMA RESPIRATORIO SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 61 EXAMEN NEUROLÓGICO (REF. TENDIN., SENTIDO EQUILIBRIO, COORD., ETC) SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 62 EXAMEN PSIQUIÁTRICO (IND. CUALQ. ALTERAC. DE LA PERSONALIDAD) SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/> 63 EXAMEN GENERAL DE LOS DEMÁS SISTEMAS SI <input type="checkbox"/> NORMAL NO <input type="checkbox"/>	64 ANÁLISIS DE ORINA: 65 GLUCOSA ALBÚMINA 66 EXAMEN MICROSCÓPICO 70 ECG: NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>								
ANÁLISIS DE LABORATORIO BÁSICO									
67 ANÁLISIS DE SANGRE: 68 HEMOGLOBINA / HTO VHS 69 VDRL O REACC. DE KHAN: PERFIL BIOQUÍMICO - LÍPIDOS 71 RX DE TORAX NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	RESUMEN (ANOMALÍAS ENCONTRADAS, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES) 								
DECLARACIÓN DEL MÉDICO A LA FECHA DE _____/_____/_____									
INFORMO Y DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD MÉDICO-LEGAL QUE HE EXAMINADO PERSONALMENTE AL SOLICITANTE Y QUE SU RECONOCIMIENTO MÉDICO Y ANEXOS ADJUNTOS REVELAN FIELMENTE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN; Y DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES DEL REGLAMENTO DAR 01 EL SOLICITANTE ES:									
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DEBE USAR LENTES CORRECTORES	APTO <input type="checkbox"/> NO APTO <input type="checkbox"/> CON OBSERVACIONES <input type="checkbox"/> SE ELEVA EL CASO A MEDICINA AVIACIÓN DGAC. <input type="checkbox"/>								
_____ NOMBRE DEL MÉDICO EXAMINADOR AERONÁUTICO RUN: _____	_____ FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR AERONÁUTICO FECHA: _____/_____/_____								
ACREDITACIÓN DE SALUD POR VERIFICACIÓN DGAC.									