

## Declaración de Salud

- 1) **Nombre:** \_\_\_\_\_
- 2) **Lugar y fecha en que se declara:** \_\_\_\_\_
- 3) **Último reconocimiento médico.**  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar de aplicación: \_\_\_\_\_
- 4) **Clase de evaluación médica solicitada:** ☐ Clase 1 ☐ Clase 2 ☐ Clase 3
- 5) **Tipo de evaluación médica:** ☐ Inicial ☐ Periódica
- 6) **¿Tiene limitaciones en la licencia/evaluación médica?** ☐ No ☐ Sí Detallar: \_\_\_\_\_
- 7) **¿Alguna vez una autoridad otorgadora de licencias le ha denegado, suspendido o revocado un apto médico aeronáutico?** En caso afirmativo, coménteselo a su médico examinador.  
☐ No ☐ Sí Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
 Motivo: \_\_\_\_\_
- 8) **Total de horas de vuelo:** \_\_\_\_\_
- 9) **Horas de vuelo desde el último examen médico:** \_\_\_\_\_
- 10) **Ha tenido accidentes de aviación o incidentes informados desde el último examen médico.**  
☐ No ☐ Sí Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
 Motivo: \_\_\_\_\_
- 11) **¿Consuma alcohol?** ☐ No ☐ Sí Indique la frecuencia de su consumo: \_\_\_\_\_
- 12) **¿Fuma productos de tabaco?**  
☐ Nunca  
☐ Lo hacía antes Fecha en que cesó: \_\_\_\_\_  
☐ Sí Indicar tipo, cantidad y cuantos años hace: \_\_\_\_\_
- 13) **¿Está tomando medicación, incluido cualquier medicamento de venta libre?** ☐ No ☐ Sí  
 En caso afirmativo, indique el nombre del medicamento, fecha en que comenzó a tomarlo, dosis diaria o semanal y diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Favor de marcar con una "X" la casilla de la opción que considere, si presenta o presento alguno de los problemas siguientes:**

Pregunta	Sí	No	Pregunta	Sí	No	Pregunta	Sí	No
14) Trastornos oculares/Cirugía ocular			20) Cálculo renal o sangre en la orina			26) Alguna vez le han rechazado un seguro de vida		
15) ¿Ha usado o usa gafas y/o lentes de contacto?			21) Diabetes o problema hormonal			27) Problemas psicológicos / psiquiátricos de cualquier tipo		
16) Cambio de prescripción de anteojos / lentes de contacto desde el último examen médico			22) Problemas estomacales, hepáticos o intestinales			28) Abuso de alcohol, drogas o sustancias		
17) Asma, enfermedad pulmonar			23) Prueba de VIH positiva			29) Intento de suicidio o autolesión		
18) Problema cardíaco o vascular			24) Enfermedad de transmisión sexual			30) Sordera, trastorno del oído		
19) Padece de la presión arterial.			25) Visita al médico desde la última certificación médica.			31) Trastorno de la nariz, de la garganta o del habla		

## Declaración de Salud

Pregunta	Sí	No	Pregunta	Sí	No	Pregunta	Sí	No
32) Lesión en la cabeza o traumatismo cerebral			42) Enfermedad motriz que requiera medicamento			51) Epilepsia		
33) Dolores de cabeza frecuentes o intensos			43) Anemia / rasgo drepanocítico / otros trastornos sanguíneos			52) Enfermedades mentales o suicidio		
34) Mareos o desmayos			44) Malaria u otra enfermedad tropical			53) Diabetes		
35) Pérdida del conocimiento por cualquier causa.			45) Trastorno del sueño o síndrome de apnea			54) Tuberculosis		
36) Trastornos neurológicos: derrame cerebral, epilepsia, convulsiones, parálisis, etc.			46) Ha estado hospitalizado.			55) Alergia / asma / eczema		
37) Enfermedad / deficiencia musculoesquelética			47) Tiene otra enfermedad o lesión			56) Glaucoma		
38) Cualquier otra enfermedad o lesión			Alguien de su familia (madre, padre, hermanos o hijos) han padecido lo siguiente:			57) Otros: _____		
39) alguna vez le han denegado la licencia de vuelo			48) Enfermedades del corazón			Solo mujeres:		
40) Rechazo médico del o para el servicio militar			49) Hipertensión arterial			58) Antecedentes y trastornos ginecológicos		
41) Adjudicación de pensión o indemnización por lesión o enfermedad			50) Niveles altos de colesterol			59) ¿Está embarazada?		
Comentarios adicionales:								

**60) DECLARACIÓN DE SALUD:** : Por la presente manifiesto que he estudiado detenidamente las declaraciones realizadas anteriormente y que son completas y correctas y que no he ocultado ninguna información relevante ni he hecho ninguna declaración contraria a la verdad. Entiendo que, si he hecho alguna declaración falsa en relación con esta solicitud, o no he facilitado la información médica de apoyo, la Agencia Federal de Aviación Civil puede negarse a concederme un certificado de aptitud psicofísica o puede retirar cualquier certificado médico concedido, sin perjuicio de cualquier otra acción aplicable en virtud de la legislación nacional.

Nombre y firma.

**61) CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:** Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el sistema de registro de datos de pacientes de manera electrónica y física, con fundamento en el artículo 4/o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde establece el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona; artículos 1/o., 23, 24, 32 y 33 principalmente de la Ley General de Salud, que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; artículos 8, 9 y 10 del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de servicios de atención médica; artículo 20 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y artículo 48 de su reglamento, cuya finalidad es integrar un registro que proporcione la capacidad de definir con precisión y diligencia la situación clínica del paciente; y la NOM-168.SSA1-1998 del Expediente Clínico relativa a la confidencialidad de la información contenida en el mismo el cual fue registrado en el listado del sistema de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (WWW.IFAI.ORG.MX) y podrán ser transmitidos a las demás unidades médicas de evaluación del personal técnico aeronáutico y a la Agencia Federal de Aviación Civil, con la finalidad de dar seguimiento a la atención médica integral, además de otras transmisiones de conformidad con lo previsto por la ley de la materia. La unidad administrativa responsable del sistema de datos personales es la Agencia Federal de Aviación Civil y el lugar en que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, corrección u oposición de los datos personales (derechos ARCO) ante la misma con domicilio: Boulevard Adolfo López Mateos, núm. 1990, piso 1, Col. Los Alpes, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México, C.P. 01010. Lo anterior se informa en cumplimiento del artículo décimo séptimo de los lineamientos generales de protección de datos personales, publicados en el diario oficial de la federación, el 30 de septiembre del año 2005.

Nombre y firma.



## Carta de Consentimiento Informado

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Unidad Médica: \_\_\_\_\_

### 1. Datos de quien recibió la información y otorga el consentimiento.

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_

Clase de evaluación: \_\_\_\_\_ Tipo de evaluación: \_\_\_\_\_

Dirección:

Calle y número: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Municipio/Alcaldía: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Localidad/Población: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_ Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

### 2. Datos del procedimiento autorizado:

**Nombre del procedimiento:** Evaluación Médica.

**Resultados esperados:** Aptitud psicofísica.

**Beneficios esperados:** Detección precoz de enfermedades.

**Alternativas de manejo:** Ninguna.

### 3. Información.

Declaro de forma libre y voluntaria sin existir alguna presión física o moral sobre mi persona, que el médico me ha explicado satisfactoriamente el propósito, los riesgos, beneficios y dudas que he planteado sobre el procedimiento que me será aplicado en el domicilio mencionado. Asimismo, declaro que he leído y comprendido totalmente este consentimiento. Por lo que otorgo mi consentimiento para someterme a la **Evaluación Médica** y a los procedimientos complementarios que se mencionan de forma enunciativa más no limitativa (examen general de orina, biometría hemática completa, perfil genético, perfil de lípidos, entre otras) que sean necesarios o convenientes durante el examen. En igual forma autorizo que ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento se me practiquen las técnicas o procedimientos necesarios para la protección de mi vida y mi salud, también comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de explicación puedo revocar el consentimiento que ahora autorizo.





## Carta de Consentimiento Informado

### 4. Firmas de autorización.

**Autoriza someterse al procedimiento.**

**Proporcionó la información al solicitante.**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Médico

**Testigo 1.**

**Testigo 1.**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma.

Fecha y hora de autorización: \_\_\_\_\_

# Vale de servicios

## Datos del Personal

Expediente:

Nombre:

R.F.C.:

Modo de transporte:

Categoría:

## Vale de servicios

Inicio del examen











Unidad Médica:

Módulo:

Proceso:

Fecha:

## Servicios

Aplicado	Servicio	Hora de Ent.	Hora de Sal.	Firma
<input type="checkbox"/>	 Signos Vitales			
<input type="checkbox"/>	 Laboratorio			
<input type="checkbox"/>	 Cardiología			
<input type="checkbox"/>	 Gabinete de Psicología			
<input type="checkbox"/>	 Oftalmología			
<input type="checkbox"/>	 Odontología			
<input type="checkbox"/>	 Historia clínica			
<input type="checkbox"/>	 Audiología			
<input type="checkbox"/>	 Diagnósticos			
<input type="checkbox"/>	 Dictamen			