



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombre (s): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección:

Calle: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Municipio/

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

Unidad Médica : \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. Expediente: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Modo de transporte: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Nombre del procedimiento a realizar: EVALUACIÓN MÉDICA

Por la presente otorgo el consentimiento para el uso de toda la información contenida en este informe y de cualquiera o todos los anexos al médico examinador y a su vez a la Agencia Federal de Aviación Civil, así como a los profesionales médicos pertenecientes a la misma, reconociendo que estos datos almacenados electrónicamente se utilizarán solo para las finalidades que hayan dado origen al tratamiento de los datos sensibles como lo son datos en la categoría de salud, y a efecto de completar una evaluación médica, por lo cual el responsable del tratamiento es la Agencia Federal de Aviación Civil. La confidencialidad médica se respetará en todo momento.

Por la presente, declaro que he sido informado y comprendo que los datos que figuran en mi solicitud de certificado de aptitud psicofísica de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Art. 16 párrafo 2do y la Ley General de Protección de Datos Personales serán almacenados y podrán ser utilizados por la Agencia Federal de Aviación Civil para los fines que a ella conciernen.



BIOMÉTRICOS  
USUARIO

Del dedo pulgar  
derecho o del  
contralateral en  
ausencia de aquel

Nombre y firma del usuario Otorgo mi  
consentimiento

Nombre y firma del médico responsable



### DECLARACIÓN DE SALUD

Lugar y fecha en que se declara: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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 médico o puede retirar cualquier certificado médico concedido, sin perjuicio de cualquier otra acción aplicable en virtud de la legislación nacional.

FAVOR DE COLOCAR UNA X EN LA  
OPCIÓN QUE CONSIDERE ADECUADA:

COMENTARIO ADICIONAL:

- |    |    |                          |    |                          |  |
|----|----|--------------------------|----|--------------------------|--|
| 1  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Padece dolores de cabeza frecuentes o muy intensos?                             |
| 2  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Padece de mareos o desmayos frecuentes?   |
| 3  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Ha presentado pérdida del estado de conciencia por cualquier razón?             |
| 4  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene problemas para ver?   |
| 5  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Usa lentes o anteojos?  |
| 6  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Le han practicado alguna cirugía en los ojos?                                   |
| 7  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido problemas de oídos?   |
| 8  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Ha padecido vértigo o mareos frecuentes?  |
| 9  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Sufre alergias a ropa, alimentos o medicinas?                                   |
| 10 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Padece alguna enfermedad de bronquios o pulmones?                               |
| 11 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Le han diagnosticado asma en los últimos 6 meses?                               |
| 12 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Le han diagnosticado alguna vez tuberculosis?                                   |
| 13 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Sabe si padece de alguna enfermedad del corazón?                                |
| 14 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Padece presión sanguínea alta o baja?   |
| 15 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Sufre de enfermedades del estómago, hígado o intestinos?                        |
| 16 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Sabe si tiene piedras en el riñón o sangre en la orina?                         |
| 17 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Sabe si padece de azúcar en la sangre o diabetes?                               |
| 18 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Utiliza inyecciones de insulina para controlar la diabetes?                     |
| 19 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Utiliza medicamentos para controlar el azúcar en la sangre?                     |
| 20 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Padece o ha padecido de epilepsia, convulsiones o parálisis?                    |
| 21 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Padece de enfermedades mentales, depresión o ansiedad?                          |
| 22 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Ha intentado suicidarse alguna vez?   |
| 23 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Utiliza drogas de abuso como marihuana, cocaína, etc.?                          |
| 24 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido resultados positivos en alguna prueba de drogas o ha utilizado alguna |
| 25 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Consume alcohol frecuentemente?   |
| 26 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Presenta dificultad para caminar, mover sus brazos o manos?                     |
| 27 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Ha estado hospitalizado?  |
| 28 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Actualmente toma algún medicamento?   |
| 29 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Ha sufrido lesiones graves, lo han operado alguna vez?                          |
| 30 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna amputación?  |
| 31 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Ha padecido alguna otra enfermedad no enlistada aquí: cáncer, etc.?             |
| 32 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha accidentado durante el desempeño de sus funciones?                        |

Nombre y firma de aceptación del \_\_\_\_\_

Apellido paterno, materno y nombre (s) \_\_\_\_\_

# 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			