

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			43) Enfermedad motriz que requiera medicamento			52) Epilepsia		
33) Dolores de cabeza frecuentes o intensos			44) Anemia / rasgo drepanocítico / otros trastornos sanguíneos			53) Enfermedades mentales o suicidio		
34) Mareos o desmayos			45) Malaria u otra enfermedad tropical			54) Diabetes		
35) Pérdida del conocimiento por cualquier causa.			46) Trastorno del sueño o síndrome de apnea			55) Tuberculosis		
36) Trastornos neurológicos: derrame cerebral, epilepsia, convulsiones, parálisis, etc.			47) Ha estado hospitalizado.			56) Alergia / asma / eczema		
37) Enfermedad / deficiencia musculoesquelética			48) Tiene otra enfermedad o lesión			57) Glaucoma		
38) Cualquier otra enfermedad o lesión			Alguien de su familia (madre, padre, hermanos o hijos) han padecido lo siguiente:			58) Otros: _____		
39) alguna vez le han denegado la licencia de vuelo			49) Enfermedades del corazón			Solo mujeres:		
40) Rechazo médico del o para el servicio militar			50) Hipertensión arterial			59) Antecedentes y trastornos ginecológicos		
41) Adjudicación de pensión o indemnización por lesión o enfermedad			51) Niveles altos de colesterol			60) ¿Está embarazada?		
42) Ha presentado alguna alteración o padecimiento médico que haya provocado alguna incapacitación durante el ejercicio de las funciones atribuidas a su licencia.			61) Comentarios adicionales:					

62) DECLARACIÓN DE SALUD: Por medio de 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.

63) CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA: La Agencia Federal de Aviación Civil, con domicilio en Boulevard Adolfo López Mateos, núm. 1990, Col. Los Alpes, demarcación territorial Álvaro Obregón, Ciudad de México, C.P. 01010, utilizará sus datos personales recabados en la tramitación del CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICO INTEGRAL PARA EL PERSONAL TÉCNICO AERONÁUTICO (PTA) Y ASPIRANTES A OBTENER UN PERMISO DE FORMACIÓN COMO PTA, con la finalidad de completar una evaluación médica y almacenarlos electrónicamente, para que esta AFAC conste que las personas que constituyen al personal técnico aeronáutico cuentan con las capacidades y aptitudes físicas y psicológicas para ejercer sus funciones como personal técnico aeronáutico, por lo cual declaro que he sido informado y comprendo que los datos que figuran en mi solicitud de certificado de aptitud psicofísica serán almacenados y podrán ser utilizados por la Agencia Federal de Aviación Civil para los fines que a ella conciernen.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición de datos personales (derechos ARCO) y para la presentación de recursos de revisión o inconformidades en materia de derechos ARCO. Para más información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, Usted puede acceder al aviso de privacidad integral y simplificado a través de <https://www.gob.mx/afac/acciones-y-programas/aviso-de-privacidad-280391>

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			