

SOLICITUD DE CERTIFICACION MEDICO AERONAUTICA (CMA)

Complete este formulario usando tinta y en letra imprenta mayúscula.

1. Apellido		2. Nombres		3. DNI	
4. Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)		5. Edad		14. Examinador/CMAE	
		6. Sexo		15. Examen	
		F		Inicial	
		M		Renovación	
7. Direccion		8. C.P.		16. TIPO DE LICENCIA	
9. Nacionalidad		10. Lugar de nacimiento		/	
				/	
11. Teléfono: Tel. móvil: Mail:		12. Profesión		13. Estado civil	
				/	
				/	
17. Institución/Empresa		18. Total horas de vuelo		19. Horas de vuelo desde último examen	
				/	
20. Aeronave que vuela actualmente (ej. 737, A340, C150, etc.)		21. Tipo de vuelo a realizar		22. Estado emisor de la licencia y/o CMAE	

ANTECEDENTES PERSONALES: ha padecido o padece de:								
	SI	NO		SI	NO		SI	NO
TILDAR								
23. APARATO RESPIRATORIO			29. PATOLOGIA DIGESTIVAS			34. OFTALMOLOGIA		
Neumonía			Gastritis			Cirugía ocular		
Bronquitis crónica-EPOC			Úlcera			Usa anteojos/Lent. contacto		
Asma			Reflujo Gastroesofágico			Glaucoma		
Neumotórax			Otros			35. PSICOLOGIA/PSIQUIATRIA		
Otros			30. URINARIO			Tras. obsesivo compulsivo		
24. ALERGIAS			Infecciones urinarias a repetición			Depresión		
25. OTORRINOLARINGOLOGIA			Cálculos renales			Angustia		
Otitis			Otros			Ansiedad		
Sinusitis			31. INFECCIOSAS			Alucinaciones		
Anginas a repetición			Chagas			Esquizofrenia		
Otros			Tuberculosis			Psicosis		
26. CARDIOVASCULAR			Sífilis			Enf. bipolar		
Hipertensión arterial			HIV			36. SOLO PARA MUJERES		
Hipotensión arterial			Uretritis			Alteraciones menstruales		
Palpitaciones			Herpes genital			Está embarazada?		
Dolor de pecho			Micosis genital			Toma anticonceptivos?		
Infarto miocardio			Otros			Ha tenido embarazos?		
Várices			32. TRAUMATOLOGÍA			Ha tenido abortos?		
Hemorroides			Fracturas/ Esquinces/ Heridas			37. HABITOS		
Trombosis Venosa Profunda			Artritis/Artrosis			Alcohol		
Otros			Problemas cervicales			Tabaco (Cant.)		
27. HEMATOLOGIA			Lumbalgia			Drogas		
Anemia			Otros			40. ANTEC. FAMILIARES		
Trastornos de la coagulación			33. NEUROLOGIA			Enfermedades cardiacas		
Otros			Pérdida de conocimiento			Hipertensión arterial		
28. ENDÓCRINO-METABÓLICO			Trastornos de memoria			Hipercolesterolemia		
Diabetes			Epilepsia			Diabetes		
Tiroides			Traumatismos de cráneo			Epilepsia		
Hipercolesterolemia			Otros			Trastornos mentales		
Otros			39. ANTECEDENTES MEDICO AERONAUTICOS			Tuberculosis		
38. HOSPITALIZACION			Alguna vez fue tratado por el Comité de Aptitud y Dispensa? Si su respuesta fue sí, aclarar causa			Alcoholismo		
Fue admitido en algún centro médico desde su último psicofísico?			Alguna vez le fue denegado, suspendido o revocado su CMA? Si su respuesta fue sí, aclarar causa			Tabaquismo		
Concurrió a su médico de cabecera desde su último psicofísico?			Tuvo algún incidente o accidente de aviación desde su último CMA? Si su respuesta fue sí, aclare: Fecha: Lugar: Descripción breve			41. Otros Especificar		
Toma actualmente alguna medicación? Si su respuesta fue sí, especifique droga								

42. Declaro bajo juramento que las manifestaciones y datos vertidos en la presente son veraces, no habiéndose omitido ningún tipo de información relevante. Su falsificación y adulteración constituyen delitos previstos y penados por el Código Penal de la Nación (art. 292, 293 y concordantes, Código Penal).

43. LUGAR Y FECHA

44. FIRMA DEL EXAMINADO



ANAC
Administración Nacional
de Aviación Civil
Argentina

SOLICITUD DE CERTIFICACION MEDICO AERONAUTICA (CMA)

Complete este formulario usando tinta y en letra imprenta mayúscula.

CODIGO CMAE:

CODIGO AME:

ESPACIO PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO EXAMINADOR

Observaciones:

Firma y Sello AME

ESPACIO PARA SER COMPLETADO POR LA AUTORIDAD MEDICO AERONAUTICA

Firma y Sello
Medico Evaluador (ME)/
Medico Inspector Evaluador (MIE)

SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN CUMPLIDO LOS REQUISITOS MINIMOS DE EVALUACION MEDICO AERONAUTICA, SEGÚN LO REFIERE LA REGLAMENTACION VIGENTE PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE CERTIFICACION.

Lugar y fecha

Firma, sello y matrícula del

Profesional actuante

CERTIFICACION MEDICO AERONAUTICA

CODIGO CMAE:		CODIGO AME:		45.LICENCIA N°	
46. Examen : Inicial <input type="checkbox"/>	47. Peso: kg	49. IMC	50. Color de ojos	51. Color de pelo	
Renovación <input type="checkbox"/>					
Especial <input type="checkbox"/>					
	48. Altura: cm.				

52. Signos vitales					
53. Frecuencia cardiaca	54. Frecuencia Respiratoria	55. Presión arterial (medida en mmHg)	Sist.	56. Pulso	Frecuencia
			Diast.		Ritmo
57. Examen clínico	Normal	Anormal			Normal Anormal
57.1.Cabeza, cara, cuello			57.11.Abdomen(hernia, hígado, bazo)		
57.2.Nariz, garganta , oídos, senos paranasales			57.12.Ano y recto		
57.3.Ojos, campo visual			57.13.Genitourinario		
57.4.Movimientos oculares , Pupilas			57.14.Miembros superiores		
57.5.Fondo de ojo			57.15.Miembros inferiores		
57.6.Pulmones			57.16.Columna vertebral		
57.7.Corazón			57.17. Neurológico (reflejos, taxia, praxia, etc.)		
57.8.Tórax, mamas			57.18.Psiquiatría		
57.9. Piel, faneras y mucosas.			57.19. Sist. Vascular periférico (varices, hemorroides)		
57.10.Señas particulares(tatuaje, piercing, cicatrices)			57.20. Endocrino metabólico.		
57.21. Nota: Describa cualquier anomalía colocando el número al que corresponda.					

58. Agudeza visual					60. Audición					
	Visión cercana Sin corrección	Visión cercana Con corrección	Visión lejana Sin corrección	Visión lejana Con corrección	60.1. Audición de voz hablada a dos(2) metros, a espalda del examinado		Oído der.	Oído izq.		
O.D					60.2. Audiometría tonal					
O.I.					Hz	500	1000	2000	3000	
Binocular					Oído der.					
59. Vision Cromática			NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		Oído izq.					
59.1. TABLAS PSEUDOISOCROMATICAS DE ISHIHARA			N° DE TABLAS EVALUADAS N° DE ERRORES		61. Laboratorio					

62. Estudios complementarios				61. Laboratorio			
	Normal	Anormal	Comentarios	ORINA	GLUC	PROT.	HEMAT.
ECG				SANGRE	GR	GB	GLUC.
EEG				Hto	Hb	VDRL	Chagas
Otros				Otros			
				Toxicológico			

63. CALIFICACION DE LA CERTIFICACIÓN MÉDICA AERONAUTICA	
63.1. Nombre y apellido del examinado _____ APTO <input type="checkbox"/> CLASE/S _____ NO APTO <input type="checkbox"/> CLASE/S _____ FUNDAMENTAR _____ NO APTO TEMPORARIO <input type="checkbox"/> tiempo y fundamentar _____ DEME _____	63.2 Si el solicitante fue derivado a un especialista, aclarar a quién y por qué, especificando Nombre, Apellido, especialidad y N° de matricula: _____ _____

64. Declaración Jurada del AME Declaro que yo/mi grupo de AME, ha examinado al solicitante arriba mencionado y que esta certificación médico aeronáutica es fiel reflejo del examen realizado y de los estudios adjuntos.		
Lugar y Fecha	AME: Nombre Dirección Tel./Cel./Mail	Firma y Sello AME

CERTIFICACION MEDICO AERONAUTICA

CODIGO CMAE:

CODIGO AME:

ESPACIO PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO EXAMINADOR

Observaciones:

Firma y Sello AME

ESPACIO PARA SER COMPLETADO POR LA AUTORIDAD MEDICO AERONAUTICA

Firma y Sello
Medico Evaluador (ME)/
Medico Inspector Evaluador (MIE)

SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN CUMPLIDO LOS REQUISITOS MINIMOS DE EVALUACION MEDICO AERONAUTICA, SEGÚN LO REFIERE LA REGLAMENTACION VIGENTE PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE CERTIFICACION.

Lugar y fecha

Firma, sello y matrícula del

Profesional actuante