

## CERTIFICACION MEDICO AERONAUTICA

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

|  |                             |                                       |         |  |            |         |
|--|-----------------------------|---------------------------------------|---------|--|------------|---------|
| <b>52. Signos vitales</b>  |                             |                                       |         |  |            |         |
| 53. Frecuencia cardiaca  | 54. Frecuencia Respiratoria | 55. Presión arterial (medida en mmHg) | Sist.   | 56. Pulso  | Frecuencia |         |
|  |                             |                                       | Diast.  |  | Ritmo      |         |
| <b>57. Examen clínico</b>  |                             | 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. Vascul ar 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. |                             |                                       |         |  |            |         |

|                             |                               |                               |                              |  |  |            |             |             |             |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|--|------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>58. Agudeza visual</b>   |                               |                               |                              |  | <b>60. Audición</b>  |            |             |             |             |
|                             | 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                           |                               |                              |  |  |            |             |             |             |
| O.I.                        |                               |                               |                              |  | 60.2. Audiometría tonal  |            |             |             |             |
| Binocular                   |                               |                               |                              |  | <b>Hz</b>  | <b>500</b> | <b>1000</b> | <b>2000</b> | <b>3000</b> |
|                             |                               |                               |                              |  | Oído der.  |            |             |             |             |
| <b>59. Vision Cromática</b> |                               |                               |                              | NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> |  | Oído izq.  |             |             |             |

|  |        |         |             |                        |  |                        |  |  |  |  |
|--|--------|---------|-------------|------------------------|--|------------------------|--|--|--|--|
| 59.1. TABLAS PSEUDOISOCROMATICAS DE ISHIHARA |        |         |             | N° DE TABLAS EVALUADAS |  | <b>61. Laboratorio</b> |  |  |  |  |
|  |        |         |             | N° DE ERRORES          |  |                        |  |  |  |  |
| <b>62. Estudios complementarios</b>          |        |         |             |                        |  |                        |  |  |  |  |
|  | Normal | Anormal | Comentarios |                        |  |                        |  |  |  |  |
| ECG  |        |         |             | ORINA                  |  |                        |  |  |  |  |
| EEG  |        |         |             | GLUC                   |  |                        |  |  |  |  |
| Otros  |        |         |             | PROT.                  |  |                        |  |  |  |  |
|  |        |         |             | HEMAT.                 |  |                        |  |  |  |  |
|  |        |         |             | SANGRE                 |  |                        |  |  |  |  |
|  |        |         |             | GR                     |  |                        |  |  |  |  |
|  |        |         |             | GB                     |  |                        |  |  |  |  |
|  |        |         |             | Hto                    |  |                        |  |  |  |  |
|  |        |         |             | Hb                     |  |                        |  |  |  |  |
|  |        |         |             | VDRL                   |  |                        |  |  |  |  |
|  |        |         |             | Chagas                 |  |                        |  |  |  |  |
|  |        |         |             | Otros                  |  |                        |  |  |  |  |
|  |        |         |             | Toxicológico           |  |                        |  |  |  |  |

### 63. CALIFICACION DE LA CERTIFICACIÓN MÉDICA AERONAUTICA

|  |   |
|--|---|
| 63.1. Nombre y apellido del examinado _____<br>APTO <input type="checkbox"/> CLASE/S _____.<br>NO APTO <input type="checkbox"/> CLASE/S _____. FUNDAMENTAR _____<br>NO APTO TEMPORARIO <input type="checkbox"/> tiempo y fundamentalar _____<br>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:<br>_____<br>_____ |
|--|---|

|  |  |                   |
|--|--|-------------------|
| <b>64. Declaración Jurada del AME</b>  |  |                   |
| 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<br>Dirección<br>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