

EVALUACION MÉDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(Mayor a 2,500 m.s.n.m.)
ANEXO 16 A

DATOS PERSONALES

Apellidos y nombres:
Documento de identidad:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Empleador:
Actividad a realizar:

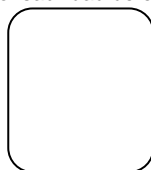
Funciones vitales: FC: x min. PA: mmHg
FR: x min. IMC: Kg/mt² Sat O2: %

El (la) paciente (a) ha presentado en los últimos 6 meses lo siguiente:

	SI	NO
Cirugía mayor reciente		
Desórdenes de la coagulación, trombosis, otros		
Diabetes Mellitus		
Hipertensión arterial		
Embarazo		
Problemas neurológicos: epilepsia, vértigos, otros		
Infecciones recientes (de moderadas a severas)		
Obesidad		
Problemas cardíacos: marcapasos, coronariopatía, otros		
Problemas respiratorios: asma, EPOC, otros		
Problemas oftalmológicos: retinopatía, glaucoma, otros		
Problemas digestivos: sangrado digestivo, hepatitis, cirrosis hepática, otros		
Apnea del sueño		
Alergias:		
Otra condición médica importante:		

Uso de medicación actual:

Declaro que las respuestas dadas en el presente documento son verdaderas y estoy consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño por lo que asumo total responsabilidad de ello.



Firma del paciente

Huella dactilar

Conforme a la declaración del / de la paciente certifico que se encuentra _____ para ascender a grandes altitudes (mayor a 2,500 m.s.n.m.) sin embargo, no aseguro el desempeño durante el ascenso ni durante su permanencia.

Observaciones: _____

DATOS DEL MÉDICO

Apellidos y nombres:

Dirección:

CMP:

Fecha:

Firma y Sello