

 www.PARACAIIDISMO.NET	<b>ANTECEDENTES PARA REALIZAR SALTOS DE PARACAIIDISMO</b>	Código: D-FDP-02
		Revisión: 01
		Emisión: 04/07/17
		Página: 1 de 1

## Etapas para generar la licencia

- 1.- Obtener orden médica para los exámenes requeridos. Abajo verás algunas sugerencias de doctores que podrías visitar.
- 2.- Los exámenes solicitados son:
  - a.- Hemograma, V.H.S., grupo sanguíneo y Rh.
  - b.- Glicemia.
  - c.- Orina completa.
  - d.- Radiografía de tórax, A.P. y lateral.
  - e.- Electrocardiograma.
- 3.- Presentar esos exámenes al médico, quien llenará y firmará el Formulario de Reconocimiento Médico.
- 4.- Entregar al Instructor:
  - a.- Formulario de Reconocimiento Médico llenado y firmado por el médico.
  - b.- Certificado de nacimiento.
  - c.- Autorización notarial del representante legal, para postulantes cuyas edades fluctúen entre menores de 18 pero mayores de 16 años.
  - d.- Una fotografía tipo pasaporte.
  - e.- Certificado de residencia, si el postulante es extranjero.
  - f.- Declaración jurada expresando que, voluntariamente desea ser paracaidista y que lo hace bajo su total responsabilidad. Además que, formula esta declaración para ser presentada en la Escuela de Paracaidismo, Grupo de Amigos Paracaidistas.
- 5.- Una vez aprobado el examen teórico, el práctico y existiendo todos los antecedentes mencionados en poder del Instructor, éste gestionará la Licencia de Alumno Paracaidista.

## Listado de doctores sugeridos

Nombre	Dirección	Fono
María José Espinoza, Gabriel Vargas Contreras	Avenida Salvador 691, cerca de Rancagua.	+562 2343 9950
Marcela Castillo	Avenida Ejército 180. Metro Los Héroes. Centro Médico Español.	+562 2699 0501
Luis Campos	Contactar telefónicamente	+ 569 90759680

---

**IMPORTANTE:** Sólo se tramitarán solicitudes con documentación completa.

---



## FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO MEDICO, PARA LICENCIA DE PARACAIDISTA DEPORTIVO.

Código: F-FDP-02
Revisión: 01
Emisión: 20/03/06
Página: 1 de 2

Lugar y fecha del examen:			
Nombres y apellidos:			
Profesión:	Fecha de Nacimiento: / /	Estado Civil:	
Tipo de licencia que trata de obtener:	Inicial	Renovación	
¿Ha sido sometido anteriormente a reconocimiento médico, para desempeñarse como paracaidista?	si	Fue declarado	Apto
	no	Lugar y fecha:	
¿Se le ha aplicado alguna vez la cláusula de flexibilidad médica?	si	no	

### ANTECEDENTES MEDICOS

¿Ha experimentado alguna vez, o experimenta actualmente, alguno de los casos siguientes?:  
(Con respecto de respuestas afirmativas, dénese detalles en el apartado de "Observaciones")

	si	no		si	no
1 Dolores de cabeza frecuentes o fuertes			14 Trastornos nerviosos de cualquier clase		
2 Vértigo o desvanecimiento			15 Consumo habitual de drogas o estupefacientes		
3 Pérdida del conocimiento por cualquier causa			16 Consumo excesivo de bebidas alcohólicas		
4 Trastornos oculares que no hayan exigido el uso de lentes correctores			17 Intento de suicidio		
			18 Mareo (debido al movimiento) que requiera el uso de medicamentos		
5 Asma			19 Rechazado por un seguro de vida		
6 Trastornos cardiacos			20 Hospitalizado en los últimos dos años		
7 Presión arterial alta			21 Accidente de aviación		
8 Problemas estomacales			22 Otros accidentes		
9 Cálculos en el riñon o sangre en la orina			23 Afecciones ginecológicas y obstétricas		
10 Azúcar o albumina en la orina			24 Otras enfermedades		
11 Epilepsia o convulsiones					
12 Hay algún antecedente familiar de:	Diabetes		Enfermedad cardiovascular		Tuberculosis
13 ¿Cree usted gozar de buena salud física y mental?			si		no

### OBSERVACIONES


### DECLARACION DEL SOLICITANTE

Certifico que todo lo declarado y respondido en este formulario de reconocimiento médico se ajusta a la verdad o mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_

Firma del solicitante



## FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO MEDICO, PARA LICENCIA DE PARACAIDISTA DEPORTIVO.

Código: F-FDP-02

Revisión: 01

Emisión: 20/03/06

Página: 2 de 2

25 Estatura	cm	Normal				Aspecto físico					Normal				
26 Peso	kg	si	no	si	no	Delgado	Mediano	Obeso	si	no					
27 Presión arterial:						37 Ojos en general: campo de visión									
28 Pulso:						38 Exámen oftalmocópico									
29 Nariz:						39 Pupilas (igualdad y reacción)									
30 Senos paranasales:						40 Motilidad ocular (movimiento paralelo asociado, nistagno)									
31 Boca y garganta:															
32 Oídos en general (canales interno y externo)						si		no		Agudeza visual lejana:		No corregida	Corregida		
<b>OIDO</b> Murmullo Conversación						41 Ojo derecho		20 /		20 /					
33 Oído derecho: mts metros						42 Ojo izquierdo		20 /		20 /					
34 Oído izquierdo: mts metros						43 Ambos ojos		20 /		20 /					
<b>AUDIOMETRIA</b> 500 1000 2000 3000						44 Agudeza visual cercana. 30-50 cm (12-20 pulgadas)						Valor de la tabla N°			
35 Oído derecho, pérdida en dB.						45 Agudeza visual intermedia. 100 cm (40 pulgadas)						Valor de la tabla N°			
36 Oído izquierdo, pérdida en dB.						46 Visión de colores						Normal	Anormal		
<b>CONCLUSION O.R.L.</b>						<b>CONCLUSION OFTALMOLOGO</b>									
<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> No apto						<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> No apto <input type="checkbox"/> Usar lentes para cerca  <input type="checkbox"/> Debe usar lentes para lejos									
Firma del Especialista						Firma del Especialista									
47 Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo						Normal		si		no		55 Extremidades superiores e inferiores (fuerza, amplitud de movimientos)		Normal	
48 Pulmones y tórax (incluso los pechos)						si		no		56 Columna vertebral; afecciones musculoesqueléticas		si		no	
49 Corazón (impulso apical, tamaño, ritmo y tonos)						si		no		57 Señas particulares visibles, cicatrices y tatuajes		si		no	
50 Sistema Vascular						si		no		58 Piel y sistema linfático		si		no	
51 Abdomen y vísceras (incluso hernia)						si		no		59 Examen neurológico (reflejos tendinosos, sentido del equilibrio, coordinación, etc)		si		no	
52 Ano y recto (hemorroides, fístulas, próstata)						si		no		60 Examen psiquiátrico (indíquese cualquier alteración de la personalidad)		si		no	
53 Sistema endocrino						si		no		61 Examen general de los sistemas		si		no	
54 Sistema genital - urinario						si		no							
<b>ANALISIS DE LABORATORIO</b>															
62 Examen de orina Glucosa=						63 Hemograma - VHS									
Proteínas= PH=						64 Glicemia									
Sedimento Orino (citológico):						66 Radiografía de tórax						Normal	Anormal		
65 E.C.G.:						Normal	Anormal								
<b>RESUMEN</b> (anomalías encontradas, observaciones y recomendaciones):															
<b>DECLARACION DEL MEDICO</b>															
Certifico que he examinado personalmente al solicitante y que este informe de reconocimiento médico y su anexo revelan fielmente los resultados del examen. De acuerdo a las normas es:													<input type="checkbox"/> apto <input type="checkbox"/> no apto		
<input type="checkbox"/> Debe usar lentes correctores <input type="checkbox"/> OTRAS															
Fecha del examen: / /						Nombre y firma del médico examinador									