



Evaluación psicofísica pre-vuelo

Tripulación aeromédica y de vuelo · Versión civil ConMAE

Institución / operador: _____ Base de operaciones: _____

Nombre: _____

Función a bordo: _____ No. de licencia o identificación: _____

Grupo sanguíneo: _____ Edad: _____ Misión / vuelo: _____

PARA SER LLENADO POR LA PERSONA EVALUADA

I. Describa en forma concisa su estado emocional en el momento actual para realizar el vuelo:

II. ¿Siente alguna molestia física que le impida realizar el vuelo?

☐ Sí ☐ No ¿Cuál o cuáles? _____

Hora: _____ Fecha: _____

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO O EXAMINADOR AEROMÉDICO

III. Signos vitales

F. C.: _____ T. A.: _____

Temp.: _____ SpO₂: _____

IV. Exploración física

Ruidos cardíacos: _____ Campos pulmonares: _____

Mucosa nasal: _____ Orofaringe: _____

Conducto auditivo · Der.: _____ Izq.: _____

Membrana timpánica · Der.: _____ Izq.: _____

Reflejos pupilares · Der.: _____ Izq.: _____

Coordinación y equilibrio: _____

V. Aliento alcohólico

☐ Negativo ☐ Positivo Observaciones: _____

VI. Resultado

☐ APTO ☐ NO APTO Motivo: _____

Hora: _____ Fecha: _____

Sello del médico o
examinador aeromédico

Nombre, firma y cédula profesional del médico o examinador aeromédico