



**SOLICITUD DE CERTIFICACION APTITUD PSICOFISICA PARA EL PORTE Y TENENCIA DE ARMAS DE FUEGO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

F01-P-CR-22

Fecha: 13/01/2020

Versión 08

Pág. 1 de 3

**Diligenciar este formato significa que va a solicitar una evaluación para demostrar si usted cumple con los requisitos definidos por el ministerio de defensa la Resolución 2984 de 2007, si se demuestra conformidad se emitirá un certificado para que pueda continuar con los trámites por lo cual le vamos a solicitar la siguiente información .DATOS DEL SOLICITANTE**

FECHA DE SOLICITUD			DETALLES DEL TRAMITE QUE VA A REALIZAR		DATOS GENERALES	
DD	MM	AAAA				
			<b>ARMAS</b>		<b>NOMBRE</b>	
			PORTE/TENEN <input type="checkbox"/>		CE. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> o CC <input type="checkbox"/> N°:	
			TENENCIA <input type="checkbox"/>			
			F.CIVIL <input type="checkbox"/> F.MIL <input type="checkbox"/> S.PRIV <input type="checkbox"/>			
			<b>IDONEIDAD</b>		ESTADO CIVIL:	
<b>SEXO</b>			OPTOMETRIA <input type="checkbox"/>	PSICOLOGIA <input type="checkbox"/>		
<b>EDAD</b>			FONOAUDIOLOGIA <input type="checkbox"/>	MEDICO GRAL <input type="checkbox"/>	<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD:</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>			<b>TELÉFONO:</b>	<b>DIRECCIÓN:</b>	<b>EPS / ARS / IPS</b>	<b>ACOMPAÑANTE (Para Menores de edad)</b>
DD	MM	AAAA				
<b>OCUPACIÓN:</b>			Necesidades especiales: <input type="checkbox"/> Otro idioma <input type="checkbox"/> Persona con Discapacidad <input type="checkbox"/> Ninguna Cual: _____ Cual: _____			<b>GRUPO SANGUÍNEO</b> Cual: _____

Capacidad Visual	1. ¿Usa Gafas o lentes de contacto?	Si	No
	2. ¿Le han hecho alguna cirugía ocular?	Si	No
	3. ¿Ha requerido o está en tratamiento visual?	Si	No
	4. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad ocular o una que le provoque pérdida de la visión?	Si	No
	5. ¿Ha presentado alguna vez pérdida repentina de la visión?	Si	No
	6. ¿Presenta disminución de la visión o confunde los colores, con la luz del atardecer o del amanecer?	Si	No
	7. ¿Presenta visión doble?	Si	No
	8. ¿Le han diagnosticado estrabismo o movimiento oscilatorio de los ojos?	Si	No
Capacidad Auditiva	9. ¿Usa prótesis auditiva (audífonos para la sordera)?	Si	No
	10. ¿Ha requerido o está en tratamiento auditivo?	Si	No
	11. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad auditiva?	Si	No
	12. ¿Sufre o ha sufrido de vértigos (pérdidas del equilibrio), rinitis, otitis, sonidos constantes (pitos)?	Si	No
Capacidad mental y de Coordinación Motriz	13. ¿Usa algún tipo de prótesis?	Si	No
	14. ¿Tiene algún tipo de movimientos involuntarios, temblores o alteraciones de la sensibilidad?	Si	No
	15. ¿Tiene alguna parálisis, deformidad o alteración física?	Si	No
	16. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad psiquiátrica?	Si	No
	17. ¿Ha sufrido convulsiones o pérdida de memoria transitoria?	Si	No
	18. ¿Reacciona con agresividad ante las presiones, los problemas o los malos resultados?	Si	No
	19. ¿Ha presentado alguna vez en su vida alucinaciones o ha oído voces?	Si	No
	20. ¿Se ha sumido en desanimo, inapetencia, angustia o sensación de que la vida no vale nada?	Si	No
	21. ¿Ha sufrido en su vida de convulsiones o momentos de ausencia?	Si	No
	22. ¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado ó está en estudio por algún trastorno mental?	Si	No
	23. ¿Tiene alteraciones del sueño como insomnio o sueño diurno?	Si	No
	24. ¿Ha sido declarado alcohólico o ha tenido en su vida épocas de consumo descontrolado de licor?	Si	No
	25. ¿Consume algún tipo de drogas psicoactivas o medicamentos para dormir?	Si	No
Capacidad Física General	26. ¿Le han practicado algún tipo cirugía?	Si	No
	27. ¿Consume o ha consumido en su vida algún medicamento en forma prolongada? (mas de un mes)	Si	No
	28. ¿Ha requerido o está en tratamiento medico?	Si	No
	29. ¿Ha sufrido algún infarto cardiaco?	Si	No
	30. ¿Lo han diagnosticado o está en estudio por enfermedades cardiacas o por hipertensión?	Si	No
	31. ¿Le han hecho algún tipo de intervención o implante cardiovascular? (Marcapasos o desfibrilador)	Si	No
	32. ¿Lo han diagnosticado o está en estudio por enfermedades del sistema respiratorio?	Si	No
	33. ¿Lo han diagnosticado o está en estudio por alteraciones de la coagulación sanguínea?	Si	No
	34. ¿Lo han diagnosticado o está en estudio por enfermedades hormonales o por diabetes?	Si	No
	35. ¿Lo han diagnosticado o estudiado por enfermedades de riñones o por enfermedades autoinmunes?	Si	No



**SOLICITUD DE CERTIFICACION APTITUD PSICOFISICA PARA EL PORTE Y TENENCIA DE ARMAS DE FUEGO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

F01-P-CR-22

Fecha: 13/01/2020

Versión 08

Pág. 2 de 3

36. ¿Tiene algún problema físico o psicológico que no se haya nombrado anteriormente? Si No Cual: \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE CRC DE BUGA LTDA.**

Hora inicio:

**1.- EXAMEN CAPACIDAD AUDITIVA**

Fecha: DD/MM/AAAA

Hora Inicio:

Hora Salida:

Declaración en salud	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
Examen Clínico	Comunicación oral	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Lectura y escritura	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Otoscopia	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Audiometría	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

<b>RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN</b>	
--	--

**2.- EXAMEN CAPACIDAD MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ**

Fecha: DD/MM/AAAA

Hora Inicio:

Hora Salida:

Declaración juramentada	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
Examen Clínico	Actitud	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Autocontrol	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Inteligencia práctica	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Coordinación psicomotora	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

<b>RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN</b>	
--	--

**3.- EXAMEN CAPACIDAD VISUAL**

Fecha: DD/MM/AAAA

Hora Inicio:

Hora Salida:

Declaración juramentada	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
Examen Clínico	Segmento anterior	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Motilidad - reflejos	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Visiometría	Sin uso de corrección <input type="checkbox"/> Con RX <input type="checkbox"/>

<b>RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN</b>	
--	--

**4.- EXAMEN CAPACIDAD FISICA GENERAL**

Fecha: DD/MM/AAAA

Hora Inicio:

Hora Salida:

Declaración juramentada	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
Examen Clínico	Estado general	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Reflejos	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Equilibrio	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	TA: /	FC: X' FR: X'
	Peso: Kg	Talla: cm
	Origen del Dx	<input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> NA

<b>RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN</b>	
--	--



**SOLICITUD DE CERTIFICACION APTITUD PSICOFISICA PARA EL PORTE Y TENENCIA DE ARMAS DE FUEGO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

F01-P-CR-22

Fecha: 13/01/2020

Versión 08

Pág. 3 de 3

**DECLARACIÓN FINAL - CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y el propósito de los exámenes y pruebas complementarias que el Centro de Reconocimiento de Conductores BUGA LTDA realizará y/o solicitará
- SI ----- NO ----- Autorizo para que me sean realizadas entrevistas, exploraciones y valoraciones que permitan determinar mi aptitud física, mental y de coordinación motriz a través de los exámenes de: Optometría, Psicología, Fonoudiología y Medicina General

**DECLARACION FINAL**

- He leído, el Folleto informativo (publicado en sala de espera), entiendo los prerrequisitos establecidos en cuanto al alcance de la certificación, la descripción del proceso de certificación, los derechos de los aspirantes, y los deberes de las personas certificadas, incluyendo las políticas de uso del certificado.
- Que he sido examinado por los profesionales de la salud del CRC Centro De Reconocimiento De Conductores Buga Ltda.
- Que fui informado por cada profesional de la salud, sobre los resultados y sobre las recomendaciones, restricciones y limitaciones hechas con base en ellos.
- Que acepto que esta información sea incorporada a los archivos del Ministerio de Defensa Nacional.
- En el caso de no estar de acuerdo con alguna de las decisiones tomadas por el Organismo de certificación frente al estado de competencia, usted puede presentar una apelación frente a la misma, o Para los casos en que corresponda a una inconformidad con el servicio, esto corresponde a una Queja, debe diligenciar el formato DE QUEJAS Y APELACIONES disponible en la Recepción.
- Que no presentaré declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el que se otorgó la certificación.
- En calidad de evaluado, acepto cumplir con las disposiciones pertinentes del esquema de certificación y declaro haber entendido todo lo expuesto anteriormente. no puedo divulgar los materiales de examen confidenciales ni tomar parte en prácticas fraudulentas, ni utilizar el nombre del CRC para fines engañosos o no autorizados, que puedan llevar al desprestigio del CRC, también debo avisar sin demora al CRC sobre cuestiones que pueden afectar el resultado entregado del certificado después de ser evaluado y certificado por el CRC Centro De Reconocimiento De Conductores Buga Ltda.
- En calidad de titular autoriza al CRC Centro De Reconocimiento De Conductores Buga Ltda a entregar información confidencial a entidades competentes que lo soliciten y de los datos personales aquí diligenciados, siendo estos protegidos bajo la (la ley estatutaria 1581 de 2012 y el Capítulo 25 del decreto reglamentario 1074 de 2015 y demás legislación que las modifiquen, sustituyan y/o adiciones) y normatividad asociada a acceso a la historia clínica establecida en el artículo 14 de la Resolución 1995 de 1999.asi como la política de protección de Datos del CRC de Buga Ltda

• SI ----- NO

**Firme al recibir el certificado  
Por medio de mi firma acepto los "Requisitos de Certificación" establecidos por CRC Centro De Reconocimiento De Conductores Buga Ltda Bajo la gravedad del juramento declaro que he leído y entendido cada una de las preguntas y que he contestado de manera veraz**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidad

**ESPACIO RESERVADO PARA DILIGENCIAMIENTO POR CRC**

¿El solicitante cumple con los requisitos definidos para ser admitido en el proceso de certificación?		SI	NO
Responsable de la verificación de la información del solicitante	Nombre	Firma	