

DATOS DEL ASPIRANTE										
Fecha de Solicitud			DETALLES DEL TRAMITE QUE VA A REALIZAR				DATOS GENERALES			
DD	MM	AAAA	Mintransporte	CATEGORÍA	CATEGORÍA	Nombre:				
Firma: Acepto las condiciones del CRC.			Refrendar o Validar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CE. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> o CC <input type="checkbox"/> N°:				
			Obtener por 1ª vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
			Recategorizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
			Fecha de nacimiento:							Teléfono:
DD	MM	AAAA	Ocupación:			Necesidades especiales: <input type="checkbox"/> Otro idioma <input type="checkbox"/> Persona con Discapacidad <input type="checkbox"/> Ninguna			Grupo Sanguíneo	
			Cual:			Cual:			Cual:	

DECLARACIÓN DEL USUARIO DE SU ESTADO DE SALUD

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

PARA USO EXCLUSIVO DEL CRC BUGA LTDA.	Hora inicio:
--	--------------

1.- EXAMEN CAPACIDAD AUDITIVA	Fecha: DD/MM/AAAA	Hora Inicio:	Hora Salida:
--------------------------------------	-------------------	--------------	--------------

Exploración		RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN			
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"/>	<i>Firma del profesional</i>		

2.- EXAMEN CAPACIDAD MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ	Fecha: DD/MM/AAAA	Hora Inicio:	Hora Salida:
---	-------------------	--------------	--------------

Exploración		RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN			
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"/>	<i>Firma del profesional</i>		

3.- EXAMEN CAPACIDAD VISUAL	Fecha: DD/MM/AAAA	Hora Inicio:	Hora Salida:
------------------------------------	-------------------	--------------	--------------

Exploración		RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN			
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"/>	<i>Firma del profesional</i>

4.- EXAMEN CAPACIDAD FISICA GENERAL	Fecha: DD/MM/AAAA	Hora Inicio:	Hora Salida:
--	-------------------	--------------	--------------

Exploración		RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN			
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		<i>Firma del profesional</i>		

DECLARACIÓN FINAL DEL SOLICITANTE
--

Como usuario del servicio y **bajo la gravedad de juramento declaro:**

- Que respondido a mi fiel saber y entender cada una de las preguntas establecidas en la declaración en salud.
- Que he sido examinado por los profesionales del CRC.
- Que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico corresponden estrictamente a la verdad.
- Que fui informado por cada profesional, 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 Transporte y Ministerio de Defensa Nacional.
- Que autorizo al CRC a entregar información confidencial a entidades competentes que lo soliciten con fines legales.
- Acepto cumplir con las disposiciones pertinentes del esquema de certificación.
- Que no utilizaré la certificación de modo que desprestigie al CRC.
- Que recibo a conformidad el certificado expedido por el CRC.
- Que no presentaré declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el que se otorgó la certificación.
- No hacer ninguna declaración relativa a la certificación que el CRC, pueda considerar engañosa o que no sea autorizada.
- No utilizaré el certificado en forma engañosa.

Firme al recibir el certificado

-
Firma

Documento de Identidad

DECISIÓN DE LA CERTIFICACIÓN	Fecha: DD/MM/AAAA	Hora Salida:
-------------------------------------	-------------------	--------------

PRIMER CERTIFICADO	No cumple <input type="checkbox"/>	Apto(a) <input type="checkbox"/>	Restricciones <input type="checkbox"/> _____, _____	Limitación vigencia <input type="checkbox"/> ____ meses	Categoría N°:
SEGUNDO CERTIFICADO	No cumple <input type="checkbox"/>	Apto(a) <input type="checkbox"/>	Restricciones <input type="checkbox"/> _____, _____	Limitación vigencia <input type="checkbox"/> ____ meses	Categoría N°:

Número de seguridad del (os) certificado (s): AAO AAO	Número de cargue en RUNT: Primer certificado:	Segundo certificado:
---	--	----------------------