

CAMPAÑA ANTÁRTICA ESPAÑOLA
EXÁMEN DE APTITUD MÉDICA

INFORMACIÓN MÉDICA
CONFIDENCIAL

Referencia:

APELLIDOS _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
NOMBRE _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
NACIONALIDAD _____ SEXO: M / F EDAD _____

DIRECCIÓN PARTICULAR (Calle, número, distrito postal, provincia, país) _____

TELEFONO _____ FAX _____
CORREO ELECTRÓNICO _____
ORGANISMO Y DIRECCIÓN DEL TRABAJO _____

TELÉFONO _____
FAX _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

TIPO DE ACTIVIDAD A REALIZAR DURANTE LA CAMPAÑA ANTÁRTICA (Indicar también nº de referencia si se trata de un proyecto) _____

INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL PROYECTO _____
LUGAR E INSTALACIÓN/ES DONDE ACTUARÁ _____

FECHAS _____

FECHA _____ FIRMA _____

**CAMPAÑA ANTÁRTICA ESPAÑOLA
EXÁMEN DE APTITUD MÉDICA**

**INFORMACIÓN MÉDICA
CONFIDENCIAL**

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Este reconocimiento e informe médico tienen como objeto determinar la aptitud del examinado para desarrollar actividades en el territorio antártico.

El interesado se somete voluntariamente a este reconocimiento, así como al dictamen definitivo que sobre su aptitud médica resulte de este, siendo dicho dictamen inapelable.

Autoriza a los médicos, hospitales y clínicas donde se realicen los exámenes físicos y pruebas complementarias al acceso a los datos obtenidos, así como al procesamiento de estos, dentro de la estricta confidencialidad que marca la Ley General de Sanidad Española 14/86.

El examinado declara que la información personal suministrada sobre datos médicos es cierta, aceptando que cualquier alteración o incorrección voluntaria puede suponer la descalificación para la aptitud en este reconocimiento.

Una vez completado el reconocimiento, este deberá ser remitido por el interesado, en un sobre cerrado, a:

Asesor Médico del Comité Polar Español
Secretaría Técnica del Comité Polar Español
Ministerio de Ciencia e Innovación
C/ Albacete, 5 - 5ª planta sur
28027 Madrid

El interesado queda enterado que el citado asesor médico informará al Comité Polar Español exclusivamente del dictamen de aptitud médica. En caso de resultar no apto se le comunicará previamente al interesado, por parte del personal médico encargado, de las causas que lo motivan pudiendo obtener copia de todos los resultados clínicos obtenidos y solicitar la repetición de las pruebas que se consideren esenciales para la confirmación del citado dictamen.

El personal médico NO está obligado a facilitar datos del informe que puedan suponer:

- Peligro para la propia salud física o mental.
- Identificación de otras personas o profesionales que hayan facilitado datos clínicos sobre el examinado.

En caso de surgir causa sobrevenida después de realizado el reconocimiento, es obligatorio comunicarlo al lugar de examen previo para una nueva valoración médica.

El tratamiento de cualquier patología detectada correrá a cargo del interesado, excluyendo de esta labor a las autoridades antárticas españolas o al centro de reconocimiento.

Los dictámenes finales se efectuarán por el médico responsable de la campaña antártica teniendo en cuenta los resultados del reconocimiento y las características de las actividades a realizar. Serán de: **APTO, NO APTO o NO APTO TEMPORAL**, requiriendo este último una posterior valoración después de la cual será definitivo.

FECHA_____ FIRMA_____

RECONOCIMIENTO MÉDICO PARA ACTIVIDADES ANTÁRTICAS

Rellenar por el interesado

Antecedentes familiares

¿Ha padecido alguno de sus familiares las enfermedades referidas? (En caso afirmativo, indique parentesco)

Presión arterial alta	Si	No
Afección cardíaca	Si	No
Diabetes	Si	No
Enfermedades infecciosas	Si	No
Enfermedades respiratorias	Si	No
Cáncer	Si	No
Epilepsia	Si	No
Perturbaciones mentales	Si	No
Parálisis	Si	No
Otras no referidas	Si	No

_____ Tipo _____

Antecedentes personales

¿Padece en la actualidad o ha padecido alguna de las siguientes afecciones?

Dolores de garganta, nariz u oídos	Si	No
Asma.....	Si	No
Tuberculosis.....	Si	No
Neumonía o neumotórax.....	Si	No
Afecciones pleurales.....	Si	No
Bronquitis recurrente o crónica.....	Si	No
Fiebre reumática.....	Si	No
Presión arterial elevada.....	Si	No
Enfermedades cardiovasculares.....	Si	No
Varices.....	Si	No
Dolores torácicos.....	Si	No
Angina o infarto de miocardio.....	Si	No
Alteraciones digestivas frecuentes....	Si	No
Úlcera de estómago o duodeno.....	Si	No
Hemorragias digestivas.....	Si	No
Ictericia.....	Si	No
Hepatitis.....	Si	No
Cálculos biliares.....	Si	No
Hernias.....	Si	No
Hemorroides.....	Si	No

Enfermedad ginecológica (Mujeres)...	Si	No
Afección de las vías urinarias.....	Si	No
Trastornos renales.....	Si	No
Cálculos renales.....	Si	No
Dolores de espalda.....	Si	No
Artritis o reumatismo.....	Si	No
Enfermedades de la piel.....	Si	No
Insomnio.....	Si	No
Trastornos nerviosos o mentales.....	Si	No
Dolores de cabeza frecuentes.....	Si	No
Perdida de conocimiento.....	Si	No
Epilepsia.....	Si	No
Diabetes.....	Si	No
Enfermedades tiroideas.....	Si	No
Enfermedad de transmisión sexual.....	Si	No
Enfermedades tropicales.....	Si	No
Disentería.....	Si	No
Paludismo.....	Si	No
Enfermedades oculares.....	Si	No
Trastornos Visuales.....	Si	No
Tumores de cualquier localización....	Si	No
Traumatismos.....	Si	No

¿Está sometido actualmente a algún tratamiento médico?..... Si No...Causa.....

¿Presenta alergias a medicamentos?..... Si No...Tipo.....

¿Ha estado hospitalizado alguna vez?..... Si No...Causa.....

¿Ha aumentado o disminuido de peso en el último año?..... Si No...Causa.....

¿Ha consultado algún médico en el último año?..... Si No...Causa.....

¿Le han negado alguna vez un empleo o seguro de vida por causa médica?..... Si No...Causa.....

¿Ha solicitado alguna pensión o indemnización por invalidez?..... Si No...Causa.....

¿Ha vivido en algún país tropical?.....Si No...Tiempo.....Lugar.....

¿Puede viajar en todo tipo de transporte?..... Si No

¿Fuma regularmente?....Si No...(En caso afirmativo especificar tipo, cantidad y tiempo).....

Consumo de bebidas alcohólicas.....

¿Ha tomado o lo hace en la actualidad algún tipo de drogas?..Si No...Tipo.....

¿Le han aconsejado someterse a tratamiento médico, quirúrgico o dental en un futuro próximo..... Si No...Causa.....

Indique cualquier hecho importante relacionado con su salud.....

¿Cuál es su ocupación habitual?.....

Indique los últimos tres puestos desempeñados.....

Indique el número de días que ha tenido que ausentarse del trabajo por enfermedad en los dos últimos años.....Causa.....

Enumere todo riesgo ocupacional o de otro tipo a que haya estado expuesto.....

Mujeres

¿Toma anticonceptivos o es portadora de algún dispositivo intrauterino o vaginal?..... Si No...Tipo.....

¿Ha realizado revisión ginecológica en el último año?..... Si No...Fecha.....

¿Ha sido reconocido con anterioridad para participar en actividades antárticas.....Si...No

Fecha.....Centro.....

FECHA_____FIRMA_____

RECONOCIMIENTO MÉDICO PARA ACTIVIDADES ANTÁRTICAS

Completar por el médico examinador

1. GENERAL

1.1 Apariencia y conformación general

Anotaciones clínicas

1.2 Afecciones de la piel

1.3 Deformidades o discapacidades físicas

1.4 Signos o marcas identificativas

1.5 Estatura_____cm Peso_____kg

2. VISIÓN, AGUDEZA VISUAL

2.1 Examen ocular. Conformación

2.2 Agudeza visual:

O. Derecho O. Izquierdo

Visión natural

Visión corregida

Visión de colores

2.3 Pupilas. Tamaño y simetría

2.4 Fondo de ojo

3. ORL

3.1 Oídos

O. Derecho O. Izquierdo

Audición

Tímpano

3.2 Nariz, boca, faringe, amígdalas

4. INFORME DENTAL

4.1 Estado general. Conservación. Prótesis

4.2 Infecciones

4.3 Necesidad de tratamiento reparador

5. APARATO CARDIOVASCULAR

5.1 Pulso

5.2 Ritmo cardíaco

5.3 Presión sanguínea

5.4 Pulsos periféricos arteriales

5.5 Auscultación cardíaca

5.6 Sistema venoso

6. APARATO RESPIRATORIO

6.1 Vías respiratorias

6.2 Auscultación pulmonar

7. APARATO DIGESTIVO

7.1 Exploración abdominal

7.2 Visceromegalias

7.3 Hernia

7.4 Examen anorectal

8. APARATO GENITOURINARIO

8.1 Riñones

8.2 Genitales

8.3 Inspección ginecológica (Si es indicado)

9. SISTEMA NERVIOSO

9.1 Funciones superiores

9.2 Funciones motrices

9.3 Funciones sensoriales

9.4 Tono muscular, coordinación

9.5 Reflejos oculopupilares

9.6 Reflejos osteotendinosos

10. SISTEMA OSTEOARTICULAR

10.1 Cráneo y columna vertebral

10.2 Extremidades

11. ESTADO MENTAL

11.1 Apariencia

11.2 Comportamiento

12. OTROS SIGNOS PATOLÓGICOS

**DATOS DE LABORATORIO
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

1. ANALÍTICA DE SANGRE

- 1.1 Fórmula, recuento, series blanca, roja, plaquetas
- 1.2 Grupo sanguíneo, tiempos de coagulación y hemostasia
- 1.3 Bioquímica 20 parámetros

2. ANALÍTICA DE ORINA

- 2.1 Anormales, sedimento, bioquímica

3. SEROLOGÍA

- 3.1 Hepatitis A, B, C
- 3.2 VIH

4. ELECTROCARDIOGRAMA

- 5. **RX. TÓRAX**
(A criterio del médico examinador)

6. ECOGRAFIA ABDOMINAL

- 7. **EXPLORACIONES ESPECIALES**
(A criterio del médico examinador)

INMUNIZACIONES

	Inmunización	Dosis	Fecha
1. Antitetánica			
2. Antitífico-Paratífica			
3. Antihepatitis A y B			
4. Otras(recomendadas según países de tránsito)			

MÉDICO RESPONSABLE DEL RECONOCIMIENTO

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

Nº COLEGIADO _____ CIUDAD _____

DIRECCIÓN _____ TELEFONO _____

FAX _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

CENTRO DE RECONOCIMIENTO _____

FECHA _____ FIRMA _____

EXÁMEN DE APTITUD MÉDICA PARA ACTIVIDADES ANTÁRTICAS
Completado por el Médico Asesor del Comité Polar
HOJA A REMITIR AL COMITÉ POLAR ESPAÑOL

RECONOCIMIENTO REALIZADO A:

Referencia:

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ EDAD _____

ORGANISMO DE PERTENENCIA _____

LUGAR DEL RECONOCIMIENTO _____

FECHA _____

ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE LA CAMPAÑA (Indicar nº de referencia si se trata de un proyecto)

LUGAR E INSTALACIÓN/ES DONDE ACTUARÁ _____

INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL PROYECTO _____

FECHAS _____

APTO

NO APTO:

1. Patología activa o crónica incompatible con actividades antárticas

2. Condición física o enfermedad tratada que podría reaparecer o agravar

NO APTO TEMPORAL:

1. Patología activa en el momento del reconocimiento que puede ser tratada dentro de un plazo suficiente para una ulterior valoración antes de incorporarse a las actividades antárticas.

PRÓXIMO RECONOCIMIENTO FECHA _____

DICTAMEN DEFINITIVO _____

MÉDICO RESPONSABLE

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

Nº COLEGIADO _____ CIUDAD _____

DIRECCIÓN _____ TELEFONO _____

FAX _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

CENTRO DE RECONOCIMIENTO _____

FECHA _____ FIRMA _____