

CAMPAÑA ANTÁRTICA ESPAÑOLA  
EXÁMEN DE APTITUD MÉDICA

INFORMACIÓN MÉDICA  
CONFIDENCIAL

Referencia:

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_  
LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO: M / F  
EDAD \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN PARTICULAR (Calle, número, distrito postal, provincia, país) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_  
ORGANISMO Y DIRECCIÓN DEL TRABAJO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

TIPO DE ACTIVIDAD A REALIZAR DURANTE LA CAMPAÑA ANTÁRTICA (Indicar también el nº de referencia si se trata de un proyecto científico) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
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, omisión o incorrección voluntaria supondrá la descalificación para la aptitud en este reconocimiento.

Una vez completado el reconocimiento, este deberá ser remitido por el interesado, preferiblemente por correo electrónico a:

[asesormedicocpe@yahoo.es](mailto:asesormedicocpe@yahoo.es) / [asesormedicocpe@gmail.com](mailto:asesormedicocpe@gmail.com)

En su defecto, remitir en un sobre cerrado, a:

Asesor Médico del Comité Polar Español  
Secretaría Técnica del Comité Polar Español  
Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades  
Paseo de la Castellana nº 162 – planta 16  
28071 Madrid

El interesado queda enterado de que el citado asesor médico informará al Comité Polar Español y a los responsables médicos de las infraestructuras antárticas españolas, 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 los dará el Asesor Médico del Comité Polar Español 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 |  |
| Pérdida 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.....

¿Tiene previsto bucear en la Antártida?... Si...No...En caso positivo deberá aportar a la ST del CPE una certificación de aptitud para actividades de buceo

¿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

Anotaciones clínicas

1.1 Apariencia y conformación general

1.2 Afecciones de la piel

1.3 Deformidades o discapacidades físicas

1.4 Signos o marcas identificativas

1.5 Estatura\_\_\_\_\_cm    Peso\_\_\_\_\_kg    IMC:\_\_\_\_\_

## 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**

Anotaciones clínicas

**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. Anti hepatitis 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 \_\_\_\_\_

## DICTÁMEN MÉDICO

A completar por el Asesor Médico del Comité Polar

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 \_\_\_\_\_