



# AGENCIA ESTATAL DE SEGURIDAD AÉREA

## MEDICINA AERONAUTICA Manual de cumplimentación Pre-Solicitud de Examen Médico





#### © AESA

#### AGENCIA ESTATAL DE SEGURIDAD AÉREA

F-DEA-CDO-10 2.0

Esta obra se acoge al amparo del Derecho de la Propiedad Intelectual. Quedan reservados todos los derechos inherentes a que ampara la Ley, así como los de traducción, reimpresión, transmisión radiofónica, de televisión, Internet (página web), de reproducción en forma fotomecánica o en cualquier otra forma y de almacenamiento en instalaciones de procesamiento de datos, aun cuando no se utilice más que parcialmente.

Código del Documento: MN-CSI-MED-01\_4.1

© AESA





## ÍNDICE

1.	OBJETO Y ALCANCE	5
2.	INTRODUCCION	6
2.1	Descripción básica del proceso de gestión de SIGMA	6
3.	PRE-SOLICITUD (TRAMITACION POR WEB)	8
3.1	Acceso	
3.2	Pre-Solicitud: Identificacion	
3.3	PRE-Solicitud, Parte 1 de 4	
3.4	PRE-Solicitud, Parte 2 de 4	
3.5	PRE-Solicitud, Parte 3 de 4	
3.6	PRE-Solicitud, Parte 4 de 4	
3.7	PRE-Solicitud: Impresión y finalización	
4.	ANEXO – FORMATO DE INFORME DE PRE-SOLICITUD	22
4.1	Informe de pre-solicitud (ESP)	

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 3-1. Acceso a Pre-Solicitud y a SIGMA	9
Ilustración 3-2. Comienzo Pre-Solicitud. Identificación	10
Ilustración 3-3. Pre-Solicitud. Datos personales (1/4)	11
Ilustración 3-4. Pre-Solicitud. Clase y Licencia Principal (2/4)	14
Ilustración 3-5. Pre-Solicitud. Tipo de solicitud y Datos médicos generales (3/4)	16
Ilustración 3-6. Pre-Solicitud. Datos médicos generales: Medicamentos (3/4)	17
Ilustración 3-7. Pre-Solicitud. Antecedentes y final (4/4)	19
Ilustración 3-8. Pre-solicitud. Tramitación final	20
Ilustración 3-9. Pre-solicitud: Aviso antes de finalizar el proceso	



## **REGISTRO DE EDICIONES / REVISIONES**

EDICIÓN/ REVISIÓN	FECHA PUBLICACIÓN	FECHA EFECTIVIDAD	MOTIVO DEL CAMBIO
3.0	Marzo/2013		Primera Edición
4.1	Abril/2015		Nueva clase reconocimiento médico LAPL

## LISTA DE ACRÓNIMOS

ACRÓNIMO	DESCRIPCIÓN DEL ACRÓNIMO
SMA, AMS	Sección de Medicina Aeronáutica de AESA
SIGMA	Sistema Integral de Gestión de Medicina Aeronáutica de AESA
DOCID	Documento de identificación de un paciente: en la mayoría de los casos será su NIF, pero
	también pueden registrarse NIE y Pasaportes.
AME	Medico examinador aéreo
(A)	Airplane, Avión
(H)	Helicopter, Helicóptero
(B)	Balloon, Globo
(S)	Sailplane, Planeador







#### 1. OBJETO Y ALCANCE

MINISTERIO DE FOMENTO

El sistema integrado de Gestión de Medicina Aeronáutica (en adelante SIGMA) es un aplicativo que se utiliza para la gestión propia de la Sección de Medicina Aeronáutica, dependiente de la División de Licencias al Personal Aeronáutico de AESA.

Este sistema permite llevar un registro de los reconocimientos médicos realizados en el territorio español a todos los ciudadanos que lo requieran para poder tener en vigor su licencia de personal aeronáutico.

El objetivo de este documento es servir como manual de usuario para aquellos ciudadanos que quieran confeccionar su solicitud de reconocimiento médico como paso previo a la visita en consulta del médico examinador aéreo.

Este documento será de libre difusión por tanto para todos aquellos ciudadanos en posesión de licencia de personal aeronáutico.



Este documento recoge el funcionamiento de la funcionalidad de PRE-SOLICITUD de examen médico de la aplicación SIGMA V3 de AESA, identificando las diferentes pantallas de gestión de datos y los informes que se obtienen de ella.

La aplicación SIGMA V3 es una aplicación Web publicada en la Sede Electrónica de AESA y cuya URL de acceso es:

https://sede.seguridadaerea.gob.es/medicina/entrada

ESA AGENCIA ESTATAL DE SEGURIDAD AÉREA

Esta URL es de acceso común tanto para los usuarios de la aplicación en AESA (usuarios internos) como para los diferentes médicos y centros médicos autorizados (usuarios externos). También lo será para los ciudadanos que quieran realizar el proceso de PRE-SOLICITUD descrito en este manual.

#### 2.1 DESCRIPCIÓN BÁSICA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE SIGMA

La aplicación SIGMA se basa en un modelo de gestión por expedientes médicos.

Los administrados son los pacientes que acuden a las consultas médicas autorizadas por AESA para la realización de los correspondientes exámenes médicos necesarios para la obtención/utilización de sus correspondientes licencias o certificados de personal aeronáutico.

Cada licencia o certificado de personal aeronáutico precisa de unos niveles o pruebas de reconocimiento diferentes. Ello deriva en que los expedientes se cataloguen en *clases*, dependiendo de para qué se necesita el certificado médico.

Las clases que se definen actualmente para esta versión de la aplicación son las siguientes:

- Clase 1
- Clase 2
- Clase 3
- Clase AFIS (similar a C3)
- Clase CC (antigua C2 para TCP)
- Clase LAPL (para nuevas licencias LAPL)
- Clase C1-MEC (similar a C1 para mecánicos de a bordo)

Los usuarios de la aplicación son los médicos examinadores aéreos (AME), los especialistas médicos o el personal de la sección de Medicina Aeronáutica de AESA (AMS).

Para cada administrado se mantiene un histórico de expedientes médicos a lo largo del tiempo. Cada expediente corresponde a un reconocimiento médico y consta de una serie de informes médicos que terminan en una de dos posibilidades:

- Certificado médico, por superar con aptitud el examen médico
- Informe de Denegación, por no superar el examen médico

Cada usuario (medico examinador) trabaja con la aplicación en un centro médico autorizado por AESA y la mayoría de las operaciones que realice quedan englobadas por tanto en dicho centro médico.





A efectos de la aplicación, los pacientes se identifican por un documento y un tipo de documento. Este último puede ser NIF, NIE o Pasaporte. Durante el resto de este documento, se utilizará el término DOCID para referirse al documento identificativo del paciente.

Cada expediente médico se realiza para el paciente con el mismo DOCID, pero puede ocurrir que diferentes expedientes del mismo paciente estén tramitados con diferente DOCID. Esto puede ocurrir si se ha realizado un cambio del DOCID al paciente, en un momento dado de su histórico.

En todo momento, un paciente tendrá un solo DOCID válido, pudiendo haber tenido anteriores DOCID que ya no se considerarán válidos, y sobre los que no se podrán tramitar nuevos expedientes.





#### 3. PRE-SOLICITUD (TRAMITACION POR WEB)

En este capítulo se describe toda la funcionalidad de la captura de la pre-solicitud de examen médico por un ciudadano. Se describe tanto el acceso como los diferentes formularios que aparecerán a partir de ese punto.

Los ciudadanos pueden realizar tantas pre-solicitudes como requieran. Al finalizar de forma correcta una de ellas, obtendrán un informe y/o un identificador de pre-solicitud con el que acudirán a consulta del médico examinador.

El médico examinador, una vez identificado dentro de SIGMA, podrá introducir este identificador de solicitud, para comenzar un nuevo expediente de reconocimiento médico.

Si el ciudadano no existe previamente en SIGMA o si ha cambiado sus datos personales, el médico deberá aceptar dichos cambios en SIGMA antes de proceder con el expediente.

Si el proceso es correcto, la pre-solicitud quedará incorporada en SIGMA como un informe de solicitud en estado BORRADOR para el médico examinador. El médico podrá revisarlo y/o modificar los campos que considere oportunos, antes de proceder con el examen médico.

#### 3.1 <u>ACCESO</u>

Los usuarios (ciudadanos) que quieran hacer uso de esta funcionalidad <u>no precisarán registrarse</u> en la aplicación SIGMA publicada en la Sede Electrónica de AESA, ya que el solicitante <u>no firmará</u> ningún documento. No necesitarán estar en posesión de certificado digital.

En la misma pantalla de acceso a la aplicación se habilitará un botón denominado Cumplimentar pre-solicitud reconocimiento médico que establecerá el punto de entrada a esta funcionalidad.

GOBIERNO DE ESPAÑA	MINISTERIO DE FOMENTO Sede Electrónica (Oficina virtual)	
Sede Electrónica de AESA Castellano	Sede Electrónica de AESA Castellano	03/04/2013
Castellano Castellano Comprobación documental Información de Procedimientos y Formularios Tramitaciones telemáticas Aplicaciones de acceso restringido (sólo colectivos autorizados) Notificación por comparecencia electrónica	Medicina aeronáutica Acceso a la aplicación Está usted en la pantalla de entrada de la aplicación Medicina Aeronáutica. Le informamos que esta aplicación requiere de usuario y contraseña así como de certificado electrónico para su utilización. La Agencia Estatal de Seguridad Aérea pone a su disposición a través de su <u>Sede Electrónica (Oficina virtual)</u> , apartado "requisitos técnicos", toda la información necesaria para clarificar cualquier duda que le pudiera surgir en el uso del certificado electrónico. Esta aplicación requiere que el usuario tenga un certificado digital para la firma electrónica. Si tiene alguna duda sobre el uso del mismo, dirijase a las siguientes direcciones: • Ayuda técnica para firma electrónica • Conceptos sobre la firma electrónica Usuario: Usuario: Contraseña: Contraseña:	Correo Correo Contection Correo Contection
	Acceder a la aplicación Si usted necesita cumplimentar una Pre-solicitud de Reconocimiento Médico pulse sobre el botón " <u>Cumplimentar Pre-Solicitud Reconocimiento Médico</u> ". No necesita estar dado de alta en la aplicación SIGMA ni usar certificado electrónico para realizar esta acción Cumplimentar pre-solicitud reconocimiento médico	
	Mapa de servicios electrónicos   Accesibilidad   Usabilidad   Aviso legal	administración

Ilustración 3-1. Acceso a Pre-Solicitud y a SIGMA

La aplicación calculará un número aleatorio de solicitud, que garantizará la identificación única de la misma. Se capturarán los mismos datos que en el proceso normal de cumplimentación por parte del médico. Al finalizar el proceso de captura de datos, la aplicación permitirá al usuario imprimirla para poder presentarla posteriormente en consulta al médico, que deberá incorporarla a un nuevo expediente para el paciente.

Tras la impresión del informe de solicitud, la aplicación volverá a la pantalla de entrada de SIGMA.

El solicitante no tendrá oportunidad de modificar ni eliminar una solicitud una vez impresa, debiendo rellenar una nueva si ha cometido errores. En este sentido se considerará por impreso tanto la copia física del papel, como el PDF que realmente se muestra al solicitante una vez generado.

Una vez constituido el numero identificativo de la solicitud y garantizada la sesión comenzará el proceso de cumplimentación de solicitud.

MINISTERIO DE FOMENTO

ESA AGENCIA ESTATAL DE SEGURIDAD AÉREA





#### 3.2 PRE-SOLICITUD: IDENTIFICACION

MINISTERIO DE FOMENTO

El primer dato que se pedirá al solicitante será el <u>tipo</u> y <u>documento</u> identificativo, que deberá ajustarse a:

- NIF: 8 dígitos con 0's por la izquierda. Terminado en letra, que deberá coincidir con la calculada
- NIE: 1 letra (X, Y, Z), seguida de 7 dígitos con O's por la izquierda y terminado en letra, que deberá coincidir con la calculada.
- PASAPORTE: Se admitirá cualquier formato de letras y números de forma libre. El tamaño máximo será de 15 caracteres.

La existencia del documento identificativo del paciente en SIGMA determinará en parte como se gestionará el proceso posteriormente. Si el documento ya existe y hay alguna discrepancia de datos personales entre lo especificado en la pre-solicitud y los datos conservados por SIGMA, se obligará al médico a aceptar y firmar este cambio en los datos personales.

Una vez especificados Tipo y Documento, pulsando el botón Aceptar, se iniciará el proceso de solicitud de examen médico.

Pulsando el botón Cerrar Ventana se podrá finalizar el proceso de cumplimentación, antes de iniciarlo.

	Medicina Aeronáutica Agencia Estatal de Seguridad Aerea	Informe de Pre- solicitud	Â
	Cerrar ventana		
Tipo de Documento: NIF Nº Documento: □	▼		
	Aceptar		
			-

Ilustración 3-2. Comienzo Pre-Solicitud. Identificación





#### 3.3 PRE-SOLICITUD, PARTE 1 DE 4

MINISTERIO DE FOMENTO

En esta pantalla se cumplimentarán por parte del solicitante, los datos personales principales y los de dirección de contacto y dirección postal.

Aunque el solicitante ya existiera en SIGMA, se deberán rellenar siempre todos los campos, por motivos de confidencialidad.

Todos los campos de información marcados con (\*) serán de obligada cumplimentación.

Los datos de dirección permanente y postal serán modificables. Si el solicitante no indica dirección postal, automáticamente se volcarán los datos de la dirección permanente.

K Ministerio de Fomento	Agenci	Medicina A	eronáutica e Seguridad Aei	<b>.</b> ea	Info	orme de solicitue	Pre- 1
	Agenea			Ca	F	Parte 1 d	le 4
		5	Cerrar ventana				
		L					
e documento consta édicos del paciente.	de cuatro partes en	el que se solicita	a información de datos	personales, li	cencia, datos	s médicos y	antecedente
r favor, cumplimente (	el siguiente formulario	o, tenga en cuent	ta que todos los <b>campo</b>	s con asterisco	) (*) son oblig	gatorios.	
– Datos Personales –							
	-* (5) Nombro *						
DO03	e* (5) Nombre *		(3) Apellidos *				
	(7) Sexo *	Oliveri	• • • • • • • • • • • • • • • • • • •				
(6) E. Nacimiento *	(7) Sexu ·	Hombre	(8 b) Pais Nacimiento	*	(9) Nacio	nalidad *	
(6) Privacimiento	(o.a) Eugar Nacimi	ento	(o.b) Pais Nacimiento		(5) Nacio	nanuau	
			Delectoria		· Deletero		
(10) Dirección Perma Vía *	nente * Dirección *			Núm. *	Escalera	Piso	Puerta
Seleccione -							
Código Postal *	Localidad *	País *	,	Provincia *			
		España	▼ Ir	Seleccione	•		
Telétono *	Fax		E-mail			Tfno Movil	
c: la diagonita acatal.		1:0					
(11) Dirección Postal	es unerence a la pern	ianente mouniqu	ielo a continuación				
Vía*	Dirección *			Núm. *	Escalera	Piso	Puerta
Seleccione	Localidad *	Dole*		Drowingin *			
	Localidad	Coloriana	7-	Calaariaaa			
Teléfono		Seleccione		Seleccione	•		
(15) 0	1		(10) 5				
(15) Ocupación princip	pai		(16) Empresa				
			01-11-1-1-				

Ilustración 3-3. Pre-Solicitud. Datos personales (1/4)

En los bloques de datos de dirección, si el país seleccionado es España, se deberá pulsar el botón Ir para cargar la lista de provincias en el siguiente desplegable. Para los demás países, el campo provincia se convertirá en un campo de texto libre.

Pulsando el botón Cerrar Ventana, se finalizará el proceso, sin guardar los datos. Pulsando el botón Siguiente, se validarán los datos introducidos y si son correctos continuará al paso 2/4 de la pre-solicitud.





#### 3.4 PRE-SOLICITUD, PARTE 2 DE 4

En este paso de la pre-solicitud se especifican la clase y licencia principal para la que se expedirá el certificado médico, si procede. Esta funcionalidad es nueva en SIGMA 3.0 y establece que:

- El certificado médico se expide para una <u>única licencia</u> (licencia PRINCIPAL) sin perjuicio de que el interesado pueda declarar que está en posesión de otras.
- Se deberá determinar la clase del certificado para poder elegir el tipo de licencia principal.

Siempre se deberá especificar la clase y por tanto licencia principal para la que se solicita el reconocimiento médico. Al seleccionar la clase en el desplegable, el ítem (14) "Tipo de licencia principal" permitirá chequear solo las licencias asociadas a dicha clase de reconocimiento médico. Se deberá chequear sólo una de ellas.

**NOTA**: Si se elige Clase 1, el certificado será válido también para las clases 2 y LAPL. Para el resto de clases, la validez es única para la clase elegida.

El número de licencia, siempre que sea española, se ajustará a un formato numérico relleno con O's por la izquierda hasta 8 posiciones. En el caso de licencias no españolas, no se atenderá a ningún formato especifico, debiendo el usuario introducir correctamente el nº de licencia extranjera.

**IMPORTANTE:** Si el país de emisión de la licencia principal no es España, al seleccionarlo se mostrará un nuevo campo obligatorio denominado "(13) Introduzca el dato consignado en el Ítem III del certificado anterior". En este campo el solicitante deberá especificar el dato que aparezca en el certificado médico del paciente, en el Ítem III. Este dato constituirá el nº del certificado médico cuando se expida para el expediente en curso. Se deberá revisar que se introduce tal y como aparezca en el certificado médico actual.

Las distintas clases de certificado médico y los tipos de licencias asociados son las mostradas en la siguiente tabla.





R	RELACION DE CLAS	SES DE CERTIFICADO MEDICO Y TIPOS DE LICENCIA
CLASE	TIPO LICENCIA	DESCRIPCIÓN
1	ATPL(A) ATPL(H) CPL(A) CPL(H) SP	Licencia de Piloto de Transporte de Línea Aérea de avión Licencia de Piloto de Transporte de Línea Aérea de helicóptero Licencia de Piloto Comercial de avión Licencia de Piloto Comercial de helicóptero Licencia de Alumno piloto Clase 1
2	TGLI SPL TULM TBAL BPL PPL(A)IR PPL(A) SPP	Licencia de Piloto de Planeador (a extinguir) Licencia de Piloto de Planeador Licencia de Piloto de Ultraligero Licencia de Globos/Dirigibles (a extinguir) Licencia de Globos/Dirigibles Licencia de Piloto Privado de avión (Instrumental) Licencia de Piloto Privado de avión Licencia de Piloto Privado de helicóptero Licencia de Alumno piloto Clase 2
LAPL	LAPL(A) LAPL(H) LAPL(B) LAPL(S)	Licencia de Piloto de Aeronave Ligera (Avión) Licencia de Piloto de Aeronave Ligera (Helicóptero) Licencia de Piloto de Aeronave Ligera (Globo) Licencia de Piloto de Aeronave Ligera (Planeador)
3	CTA SCTA	Licencia de Controlador Aéreo Licencia de Alumno Controlador
сс	ТСР	Certificado de Tripulante de Cabina de pasajeros (Cabin Crew)
AFIS	AFIS SAFIS	Servicio de Información de Vuelo de Aeródromo Alumnos Servicio de Información de Vuelo de Aeródromo
C1 – Mecánicos	FCLFE	Licencia de Mecánico de a bordo (a extinguir)

Si el solicitante está en posesión de otras licencias (adicionales) y desea declararlas, podrá incluirlas en el ítem (18), marcando el correspondiente tipo de licencia, indicando su número y el país emisor.

Pulsando el botón Añadir, se incluirán tanto la licencia principal como las adicionales. Una vez haya al menos una de éstas, aparecerá el botón Quitar, por si el solicitante desea corregir los datos de licencia introducidos.

#### NOTA: Sólo se podrá añadir una única licencia principal

Si la renovación anterior, o el expediente anterior, fue realizado en el extranjero, se deberán introducir los datos en la parte correspondiente de "Reconocimiento anterior realizado en el Extranjero".





× Ministerio de Fomento

Medicina Aeronáutica Agencia Estatal de Seguridad Aerea Informe de Presolicitud

Parte 2 de 4

Cerrar ventana

Por favor, cumplimente la segunda parte de la pre-solicitud, tenga en cuenta que todos los campos con asterisco (\*) son obligatorios.

Recuerde que, para añadir una nueva licencia principal a la solicitud debe quitar previamente la licencia principal de la solicitud anterior.

Licencia principal para la que se solicita el certificado —	-	
	Clase	Tipo Licencia
Cumplimentar de acuerdo	Clase 1	ATPL(A), ATPL(H), CPL(A), CPL(H), SP
a la licencia presentada	Clase 2	BPL,PGLI,PPL(A),PPL(A)IR,PPL (H),SPL,SSP,TBAL,TULM
	Clase 3	CTA, SCTA
	Clase CC	ТСР
	Clase LAPI	LAPL(A), LAPL(H), LAPL(B), LAPL(S)
	Class AFTS	
	Clase AFIS	
	Clase MECANICO	
Seleccione la clase * Seleccione  (14) Tipo de Licencia principal * AFIS AFIS AFIS AFICA AFICA AFICA AFICA BPL BPL APL(A) AFICA SP SPL SPP Número de Licencia principal*	(S) CPL(A) PPL(A) TBAL Pais de Emi principal* España	CPL(H) CTA FCLFE PPL(A)IR PPL(H) SAFIS TCP TGLI TULM sión de la Licencia
Licencias del solicitante		
(18) Otras licencias del solicitante (añadir solo como inf	ormación adicional)	)
Tipo de Licencia *         ATPL(A)         ATPL(H)         BPL           AFIS         ATPL(A)         LAPL(A)         LAPL(H)         LAPL(H)           LAPL(A)         LAPL(B)         LAPL(H)         LAPL(H)         LAPL(I)           SCTA         SP         SPL         SPP	(S) CPL(A) PPL(A) TBAL	CPL(H) CTA FCLFE PPL(A)IR PPL(H) SAFIS TCP TGLI TULM
Número de Licencia *	Pais de Emis	ión *
	España	Añadir
Reconocimiento anterior realizado en el Extranjero         Licencia anterior prodecente del Extranjero         Número de Licencia         Fecha de vencimiento del certificado extranjero:         Pais de Procedencia:	•	
	Siguiente	
	Atras	

Ilustración 3-4. Pre-Solicitud. Clase y Licencia Principal (2/4)

Pulsando el botón Cerrar Ventana, se finalizará el proceso, sin guardar los datos. Pulsando el botón Siguiente, se validarán los datos introducidos y si son correctos se continuará al paso 3/4 de la pre-solicitud. Pulsando el botón Atrás, se podrá volver al paso 1/4.





#### 3.5 PRE-SOLICITUD, PARTE 3 DE 4

MINISTERIO DE FOMENTO

En el tercer paso de la Pre-Solicitud aparecerán dos bloques de datos a cumplimentar. En el primer bloque *"Datos de Licencia"* se especificarán:

- Clase de Certificado médico (obtenido de la pantalla anterior, no modificable)
- Fecha y lugar de última solicitud (si es una solicitud para renovación). No serán obligatorios, si es solicitud Inicial.
- Tipo de solicitud: Inicial, Renovación. Al seleccionar Inicial se avisará si el tipo de licencia elegida no es de alumno piloto, aunque se permitirá continuar.
- Categoría del examen: Será siempre Ordinario en caso de Renovación.
- Datos de horas de vuelo en aeronave, desde la última solicitud
- Tipo de aeronave en que ha volado (no disponible en Clase 3, ni AFIS)
- Tipo de vuelo previsto (no disponible en Clase 3, ni AFIS)
- Actividad de vuelo actual (no disponible en Clase 3, ni AFIS)

En el segundo bloque "Datos Médicos Generales" se deberá marcar SI/NO según proceda en las cuestiones planteadas:

- Ítem (19) Limitaciones en Licencia/Certificado: Si se marca SI, se deberá especificar en el detalle la limitación.
- Ítem (20) Suspensión del Certificado: Si se marca SI, se deberá especificar fecha de suspensión, país donde se suspendió y detalle de la suspensión.
- Ítem (24) Incidente de aviación: Si se marca SI, se deberá especificar la fecha del incidente, lugar y detalle del mismo.
- Ítem (29) Fumador: Si se marca SI o Exfumador, se deberá especificar desde cuándo lo es, expresado como un texto libre. Si se marca SI, además, tipo de tabaco y cantidad aproximada. Todos los campos en texto libre.
- Ítem (27) Alcohol: Si se marca SI, se deberá especificar cantidad semanal aproximada ingerida.
- Ítem (28) Medicación: Si se marca SI, se mostrará un nuevo apartado para indicar los medicamentos tomados.

					Pa	rte 3 de 4	
		1	Cerrar ventana				
r favor, cumplimente l	a tercera pai	te de la pre-solicitud, ten	iga en cuenta que too	dos los <b>campos c</b>	on asterisco (*)	son obligatorio	05.
- Datos de Licencia							
Clase Certif. Médico *		Fecha última Solicitud*		Lugar Úl	tima Solicitud*		
Clase LAPL							
Tipo Solicitud *							
Seleccione	•	•					
Total Horas de Vuelo		Total horas desde últ. E	x.Med.	Clase/tipo de a	eronave que	ha	
				Seleccione			
		Actividad de Vuelo Actua	al *	bereceione			
Tipo Vuelo Previsto *							
Seleccione Datos Médicos Gene (19) ¿Alguna limitació Si ONo	rales n en la Licer Detalles	<ul> <li>Seleccione</li> <li>ncias(s)/Certificado Médico</li> </ul>	▼ o que realizó? *				
Seleccione Datos Médicos Gene (19) ¿Alguna limitació Si CNo (20) ¿Su certificado m	rales n en la Licer Detalles édico está o	Seleccione ncias(s)/Certificado Médico o ha sido suspendido, rev	• que realizó? *	egado por alguna	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
- Datos Médicos Gene (19) ¿Alguna limitació (19) ¿Si ()No (20) ¿Su certificado m * (Si ()No	rales n en la Licer Detalles nédico está o Fecha	Seleccione ncias(s)/Certificado Médico o ha sido suspendido, rev Pais D	vocado o ha sido den etalle	iegado por algun:	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
- Datos Médicos Gene (19) ¿Alguna limitació (19) ¿Si C No (20) ¿Su certificado m (20) ¿Su	rales n en la Licer Detalles édico está o Fecha	Seleccione Acias(s)/Certificado Médico o ha sido suspendido, rev Pais D Seleccione ▼	vocado o ha sido den	egado por algun:	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
- Datos Médicos Gene (19) ¿Alguna limitació (19) ¿Alguna limitació (20) ¿Su certificado m (20) ¿Su certificado m (24) ¿Algún accidente,	rales n en la Licer Detalles nédico está o Fecha [	Seleccione	o que realizó? *  vocado o ha sido den  etalle  o examen médico? *  etalle	egado por algun:	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
Seleccione  Datos Médicos Gene (19) ¿Alguna limitació  Si ONo (20) ¿Su certificado m  Si ONo (24) ¿Algún accidente.  Si ONo (24) ¿Algún accidente.	rales n en la Licer Detalles nédico está o Fecha /incidente do Fecha	Seleccione	vocado o ha sido den etalle o examen médico? * etalle	egado por algun:	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
Seleccione  Datos Médicos Gene (19) ¿Alguna limitació  Si CNo (20) ¿Su certificado m  Si CNo (24) ¿Algún accidente Si CNo (29) ¿Es usted fumad	rales n en la Licer Detalles inédico está o Fecha Fecha Fecha or? *	Seleccione	vocado o ha sido den etalle o examen médico? * etalle	egado por algun:	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
Seleccione  Datos Médicos Gene  (19) ¿Alguna limitació  Si ONo (20) ¿Su certificado m  Si ONo (24) ¿Algún accidente. Si ONo (24) ¿Es usted fumad Si OEstfumador	rales n en la Licer Detalles inédico está o Fecha Fecha Fecha or? *	Seleccione	o que realizó? *  vocado o ha sido den  etalle  o examen médico? *  etalle  Cr	egado por algun: antidad	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
Seleccione  Datos Médicos Gene  (19) ¿Alguna limitació  Si ONo (20) ¿Su certificado m  Si ONo (24) ¿Algún accidente Si ONo (29) ¿Es usted fumad Si OEstumador (27) ¿Ingiere bebidas	rales n en la Licer Detalles inédico está o Fecha fecha or? * Nunca alcohólicas?	Seleccione	o que realizó? * vocado o ha sido den etalle o examen médico? * etalle Cr	egado por algun:	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
Seleccione  Datos Médicos Gene  (19) ¿Alguna limitació  Si ONo (20) ¿Su certificado m  Si ONo (24) ¿Algún accidente  Si ONo (24) ¿Es usted fumad  Si OEsturnador (27) ¿Ingiere bebidas  Si ONo (27) ¿Ingiere bebidas  Si ONo	rales n en la Licer Detalles édico está o Fecha /incidente de Fecha or? * Nunca alcohólicas? Cantidad *	Seleccione	o que realizó? * vocado o ha sido den etalle o examen médico? * etalle Co	egado por alguni antidad	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
Seleccione  Datos Médicos Gene  (19) ¿Alguna limitació  Si ONo (20) ¿Su certificado m  Si ONo (24) ¿Algún accidente, Si ONo (24) ¿Algún accidente, Si ONo (29) ¿Es usted fumad  Si OEscfumador[ (27) ¿Ingiere bebidas  Si ONo (20) ¿Una dia dia dia dia dia dia dia dia dia di	rales n en la Licer Detalles édico está o Fecha /incidente de Fecha or? * Nunca alcohólicas? Cantidad *	Seleccione	o que realizó? * vocado o ha sido den etalle o examen médico? * etalle Co	egado por algun: antidad	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
Seleccione  Datos Médicos Gene  (19) ¿Alguna limitació  Si CNo (20) ¿Su certificado m  Si CNo (24) ¿Algún accidente, Si CNo (24) ¿Es usted fumad  Si CEs fumador[ (27) ¿Ingiere bebidas  Si CNo (28) ¿Usa medicación	rales n en la Licer Detalles édico está o Fecha /incidente do Fecha or? * Nunca alcohólicas? Cantidad * actualmente	Seleccione	o que realizó? * vocado o ha sido den etalle o examen médico? * etalle Ca	egado por alguni antidad	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?
Seleccione  Datos Médicos Gene  (19) ¿Alguna limitació  Si CNo (20) ¿Su certificado m  Si CNo (24) ¿Algún accidente, Si CNo (24) ¿Algún accidente, Si CNo (29) ¿Es usted fumad  Si CEscfumador[ (27) ¿Ingiere bebidas  Si CNo (28) ¿Usa medicación  Si CNo	rales n en la Licer Detalles édico está o Fecha (incidente de Fecha or? * Nunca alcohólicas? Cantidad * actualmente	Seleccione	o que realizó? * vocado o ha sido den etalle o examen médico? * etalle Ca	antidad	a autoridad otor	gadora de lice	ncias?

Ilustración 3-5. Pre-Solicitud. Tipo de solicitud y Datos médicos generales (3/4)

Si se especificó en el ítem (28) que se usa medicación, se visualizará un nuevo apartado para especificar los medicamentos tomados.

Por cada medicamento se especificará:

MINISTERIO DE FOMENTO

**ESA** AGENCIA ESTATAL DE SEGURIDAD AÉREA

- Nombre del medicamento
- Dosis, en formato de texto libre
- Fecha de Inicio. Deberá especificarse en formato "dd/mm/aaaa", ej.: 20/05/2014.
- Razón por la que se prescribió el medicamento.



Ministerio de Fomento	
-----------------------	--

×

Medicina Aeronáutica Agencia Estatal de Seguridad Aerea Informe de Presolicitud

Parte 3 de 4

Cerrar ventana

Por favor, cumplimente la tercera parte de la pre-solicitud, tenga en cuenta que todos los campos con asterisco (\*) son obligatorios.

asa Cartif Mádico *	Fecha última Solicitud*	Lugar Última Solicitud*
ase Certir, Medico *		
po Solicitud *		
eleccione	*	
otal Horas de Vuelo	Total horas desde últ. Ex.Med.	Clase/tipo de aeronave que ha volado ahora
		Seleccione 👻
po Vuelo Previsto *	Actividad de Vuelo Actual *	
eleccione	✓ Seleccione	•
iatos Médicos Generales - 9) ¿Alguna limitación en la 9 Si ONo Detal	Licencias(s)/Certificado Médico que rea les	alizó? *
0) ¿Su certificado médico	astá o ha sido suspendido, revocado o	ha sido denegado por alguna autoridad otorgadora de licenci
Fecha	Pais Detalle	
	Seleccione 🗸	
4) ¿Algún accidente/incide	nte de aviación desde el último exame	n médico? *
Si ONo Fecha	Lugar Detalle	
9) / Es usted fumador? *		
	¿Desde cuando?	Cantidad Tipo
Si OExfumador ONun	ca 👘	
7) ¿Ingiere bebidas alcoho	licas? *	
Si O No Canti	dad *	
8) ¿Usa medicación actual	mente? *	
Si O <sub>No</sub>		
favor, cumplimente los n	redicamentos que usa el naciente.	
Adicamentos		
reurcamentos		
dique medicamento	Docic	Ec Unicio Rezón
dique medicamento	Dosis	Fc. Inicio Razón
dique medicamento ñadir	Dosis	Fc. Inicio Razón



#### Ilustración 3-6. Pre-Solicitud. Datos médicos generales: Medicamentos (3/4)

Pulsando el botón Añadir, se incluirá el medicamento en la lista de medicamentos. En el momento que haya al menos uno en esta lista, aparecerá a su derecha el botón Quitar, que permitirá eliminarlo para realizar posibles modificaciones.

Pulsando el botón Cerrar Ventana, se finalizará el proceso, sin guardar los datos. Pulsando el botón Siguiente, se validarán los datos introducidos y si son correctos se continuará al paso 4/4 de la pre-solicitud. Pulsando el botón Atrás, se podrá volver al paso 2/4.





#### 3.6 PRE-SOLICITUD, PARTE 4 DE 4

MINISTERIO DE FOMENTO

En este paso, el solicitante deberá marcar todos los ítems de antecedentes médicos como SI o NO. Se dispondrá de un botón para marcar todos los ítems al valor NO por defecto, si el usuario lo prefiere.

**NOTA:** Si al menos uno de los ítems se marca como SI, se deberá detallar en el ítem (30) "Observaciones".

Los datos en el bloque *Datos Finales* definen la fecha de confección de la pre-solicitud, no modificable, el país y la provincia donde se rellena. En caso de ser España, pulsando el botón **I**r se cargará el desplegable de provincias para poder seleccionar una de ellas.

La fecha indicada será la del sistema en el momento de confeccionar la pre-solicitud, no teniendo ningún valor específico, pues la fecha real de comienzo del expediente será la fecha en la que el médico correspondiente vuelque la pre-solicitud en el sistema SIGMA.

Pulsando el botón Cerrar Ventana, se finalizará el proceso, sin guardar los datos. Pulsando el botón Finalizar, se dará por cumplimentada la pre-solicitud, continuando al paso final. Pulsando el botón Anterior, se podrá volver al paso 3/4.



× Ministerio de Fomento

Medicina Aeronáutica Agencia Estatal de Seguridad Aerea Informe de Presolicitud

Parte 4 de 4

#### Cerrar ventana

Por favor, cumplimente la cuarta parte de la pre-solicitud, tenga en cuenta que todos los campos con asterisco (\*) son obligatorios.

Antecedentes Médicos			
¿Tiene o ha tenido usted alguno de Seleccione despues de cada pregur	e los siguientes antecedentes? nta: SI, NO. Detalle en observaci	iones las respuestas SI. Marcar todos los a	ntecedentes a NO
<ul> <li>(101) Ojos: Operación/Afección *</li> <li>(102) Uso alguna vez gafas o lente</li> <li>(103) Cambio de graduación de la</li> <li>último examen médico *</li> <li>(104) Fiebre del heno y otras alergi</li> <li>(105) Asma o enfermedades pulmo</li> <li>(106) Problemas vasculares o de co</li> <li>(107) Alta o baja presión sanguíne</li> <li>(108) Piedra en el riñón o sangre el</li> <li>(109) Diabetes o desórdenes hormi</li> <li>(110) Enfermedades del esti problemas intestinales *</li> <li>(111) Sordera o transtornos en los</li> <li>(123) Malaria, otras enferm. tropica</li> <li>(124) Test positivo de HIV *</li> <li>(125) Enfermedades de transmisió</li> <li>(126) Trastorno del sueño/Síndromi</li> <li>(127) Enfermedad musculoesquel *</li> <li>(128) Alguna otra enfermedad o le</li> <li>(129) Admisión en un hospital *</li> <li>(130) Visita a un médico desde médico *</li> <li>(131) Rechazo para un seguro de vienta</li> </ul>	es contacto* as gafas desde el C si C No as gafas desde el C si C No onares* C si C No orazón * a * C si C No a * C si C No	Marcar todos los al (112) Trastornos: nariz, garganta y habla * (113) Golpes o heridas en la cabeza * (114) Dolores de cabeza frecuentes * (115) Mareos o desfallecimientos * (116) Pérdida de la conciencia * (117) Trastornos neurológicos, golpes, epilep ataques, parálisis * (118) Problemas psicológicos/psiquiátricos cualquier clase * (119) Alcohol, drogas, substancias * (120) Intento de suicidio * (121) Cintento de suicidio * (122) Anemia/rasgo de anemias de cé falciformes.Otros tras. sangre * Historia Familiar (170) Enfermedad del corazón * (171) Hipertensión arterial* (172) Enfermedades mentales * (175) Diabetes mellitus * (176) Tuberculosis * (177) Alergia / asma / eczema * (178) Enfermedades Hereditarias * (179) Glaucoma *	Antecedentes a NO C Si C No C Si C No C Si C No C Si C No de Si C No de Si C No de Si C No c Si C No
(130) Cobro de indemnización lesiones o enfermedad* (30)Observaciones			A 
Datos finales			
Fecha *	Pais *	Provincia *	
07/04/2015	España	- Madrid	-
		•	• )



Ilustración 3-7. Pre-Solicitud. Antecedentes y final (4/4)





#### 3.7 PRE-SOLICITUD: IMPRESIÓN Y FINALIZACIÓN

Una vez cumplimentados los 4 formularios anteriormente descritos, se presentará la pantalla de finalización de la pre-solicitud. En ella se habilitarán los siguientes botones de acción:

- Volver a pre-solicitud: Permitirá la reentrada en la página 4 del informe, de forma que el solicitante pueda modificar los datos expresados. Se deshabilitará tras haber impreso la solicitud, no pudiéndose modificar ésta una vez impresa.
- Pre-solicitud castellano: generará un informe de pre-solicitud con el mismo formato que el informe interno de SIGMA, pero con la inclusión del número de referencia en la parte superior derecha e inferior derecha del informe.
- Pre-solicitud inglés: generará un informe de pre-solicitud en inglés con el mismo formato que el informe interno de SIGMA, pero con la inclusión del número de referencia en la parte superior derecha e inferior derecha del informe.
- Finalizar solicitud: Permitirá terminar la solicitud y la sesión, volviendo a la pantalla de entrada de SIGMA. Antes de eso, mostrará en una ventana emergente un aviso sobre el identificador de solicitud, por si el solicitante no ha realizado la impresión previa y necesitara copiarlo.

ito
re-
ב

Ilustración 3-8. Pre-solicitud. Tramitación final



Ilustración 3-9. Pre-solicitud: Aviso antes de finalizar el proceso



El solicitante deberá acudir a la consulta médica con una copia de su pre-solicitud o con el identificador de solicitud para que el médico examinador la incorpore a SIGMA.

La fecha de inicio y tramitación *real* de dicha solicitud, será la del sistema en el momento en que el médico vuelque en SIGMA la pre-solicitud, no la que aparecerá en el informe PDF de pre-solicitud.

Las pre-solicitudes no tramitadas no tendrán un efecto sobre el expediente médico del solicitante ni sobre su historial de expedientes.





## 4. ANEXO – FORMATO DE INFORME DE PRE-SOLICITUD

Los formatos de los informes relacionados en este anexo y que produce SIGMA 3.0 han sido diseñados conforme al Reg. UE 290/2012 y consensuados con la AMS.

Todos los formatos son imprimibles directamente en español o inglés. Se proporcionan en este anexo sólo los formatos en su versión en español.



L



## 4.1 INFORME DE PRE-SOLICITUD (ESP)

Cado médico:       1 Z       3       AFIS       CC       LAPL       MEC         rior(es):       (12) Solicitud:       Inicial       Inicial       Renovación/Revalidación         nto:       (7) Sexo:       (13) Número de referencia:       P003         Mujer       (14) Tipo de licencia solicitad         Mujer       (14) Tipo de licencia solicitad         (14)       Tibo de licencia solicitad         (14)       Tipo de licencia solicitad         (14)       Tipo de licencia solicitad         (15)       Ocupación principal:         (16)       España         (17)       Último examen médico:         Fecha:       15-01-2014         Lugar.MADRID       Intermes de velico         (19)       Alguna limitación en la ticencia(s)/         net diles:       So         (10 o ha sido denegado por So       So         (23)       Clese/tipo de sereneve que ha velado alc         AVION       (25) Tipo de Vuelo previsto:         pen médico?       PRIVADO         (26)       Actividad de vuelo actual:         Unico piloto X       Pointripulado         (28)       ¿Usa medicación actualmente?       No X       Si
rior(es): (12) Solicitud: Inicial Renovación/Revalidación nto: (7) Sexo: Mujer (13) Número de referencia: P003 (14) Tipo de licencia solicitad CPL(A) (15) Ocupación principal: PILOTO (16) Empresa: VUELING (17) Último examen médico: Fecha: 15-01-2014 Lugar:MADRID (19) ¿Alguna limitación en la Licencia(s)/ me i sido denegado por So (21) Tot.Horsa de (12) Tot.Horsa de (12) Tot.Horsa de (13) Nullo: (14) Tipo de asernave que ha volado ah MVION (25) Tipo de Vuelo previsto: PRIVADO (26) Actividad de vuelo actual: Unico piloto [20] Politripulado (28) ¿USa medicaneto, dosi, fecha inicio y rarones:
Inicial       Inicial         Inicial       P003         Inicial       P1000
Image: Second
(7) Sexo:       (13) Número de referencia:         Mujer       (14) Tipo de licencia solicita         Mujer       (14) Tipo de licencia solicita         (14) Tipo de licencia solicita       CPL(A)         (15) Ocupación principal:       PILOTO         (16) B       (15) Ocupación principal:         (17) Último examen médico:       Fecha:         (16) Empresa: VUELING       (17) Último examen médico:         (17) Último examen médico:       Fecha:         (13) JAIguna limitación en la Licencia(s/)       cartificado médico que realid?         (13) Tot.horse de calid?       me g sí         (13) Tot.horse de calid?       (13) Tot.horse de calid?         (14) Tipo de seronse que ha volado al AVION       (25) Tipo de Vuelo previsto:         privado       (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto g Politripulado         (28) ¿Usa medicación actualmente? No G Si Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y raones:
Image: State of the second state of
Mujer       CpL(A)         (15) Ocupación principal: PILOTO         (16) Empresa: VUELING         (17) Último examen médico: Pecha: 15-01-2014         Lugar:MADRID         (13) Alguns limitación en la Licencia(s)/ me m médico?         (14) Data Bido denegado por médico?         (15) Tethoras de valo: probasica         (16) Empresa: VUELING         (17) Último examen médico: Pecha: 15-01-2014         Lugar:MADRID         (15) Jothoras de valo: so         (17) Jothoras de valo: so         (18) Vello: (25) Tipo de vuelo previsto: privado         (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto X Politripulado         (28) ¿Usa medicación actualmente? Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y rarones:
(15) Ocupación principal:         (16) Il         (17) Último examen médico:         (18) Empresa: VUELING         (19) Maguna limitación en la Licencia(s)/         (10) o ha sido denegado por         (21) Tot.horas de valo         (22) Class/Lipo de aeronsve que ha volado a         (21) Class/Lipo de aeronsve que ha volado a         (22) Tipo de Vuelo previsto:         pRIVADO         (22) Actividad de vuelo actual         Unico pitoto X       Politripulado         (28) ¿Usa medicación actualmente?       No X       Sí         Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y raones:       Si
(15) Ocupación principal:         (15) Ocupación principal:         (4) 1 B         (d)         (16) Empresa: VUELING         (17) Último examen médico: Fecha: 15-01-2014         (17) último examen médico: Fecha: 150         (21) rot.Borse: de Follo: S0         (22) rot.Borse: de Follo: S0         (23) rot.Borse: de Follo: S0         (24) rot.Borse: de Follo: S0         (25) Tipo de vuelo previsto: FRIVADO         (26) Actividad de vuelo actual Unico pitoto X         (28) ¿Usa medicación actualmente? Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y raomes:
<pre>1 (#i differe): 40 1 B (i) (i6) Empresa: VUELING (i7) Último examen médico: Fecha: 15-01-2014 LugarMADRID iia: País de Emisión: España iia: País de Emisión: (19) ¿Algune limitación en la Licencia(#)/ exciticado médico que realicó? No S i betalles: (21) Tot.Horsæ de velo: S0 (22) Tot.Horsæ de velo: S0 (23) Tipo de vuelo previsto: PRIVADO (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto S Politripulado (28) ¿USa medicación actualmente? No S Sí Indigue medicamento, dosis, fecha infolo y ranose:</pre>
(16) Smpress: VUELING         (17) Ültimo examen médico: Fecha: 15-01-2014         (17) Ültimo examen médico: Fecha: 15-01-2014         Lugar.MADRID         (19) gAlguna limitación en la Licencia(m)/ excriticado médico que realid? No M S I         (10 o ha sido denegado por médico?         (25) Tipo de vuelo previsto: PRIVADO         (28) ¿Usa medicación actionanto, dosis, fecha linico y raones:
(17) Último examen médico: Fecha: 15-01-2014         Lugar:MADRID         tia:       País de Emisión: España         (19) ¿Alguna limitación en la Licencia(m)/ extrificado médico que realicó? No 🖸 sí 🗌 netalles:         10 o ha sido denegado por médico?         (23) Tot.horsa de MUCON         (25) Tipo de vuelo previsto: PRIVADO         (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto 🖾 Politripuiado         (28) ¿Usa medicanoto, dosis, fecha início y razones:
(1)     (1)
Lugar:MADRID Lugar:MADRID Lugar:MADRID Lugar:MADRID Lugar:MADRID Lila: Lugar:MADRID Lila:
Hais de Emision: España (19) ¿Alguna limitación en la Licencia(#)/ ertificado médico que realinó? No M 2 si Detalles: (21) Tot.horas de (22) Tot.horas de (22) Tot.horas de (23) Cot.horas de (23) Cot.horas de (23) Class/Lipo de seronave que ha volado a AVION (25) Tipo de Vuelo previsto: pRIVADO (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto X Politripulado (28) ¿Usa medicación actualmente? No X Sí Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y razones:
(19) ¿Alguna limitación en la Licencia(s),         (17) ¿Alguna limitación en la Licencia(s),         (17) ¿Alguna limitación que realinó?         No 🕅 mí         No 🕅 mí         10 o ha sido denegado por         (21) Tot.horas de ruelo:         (21) Tot.horas de ruelo:         50         (22) Class/Lipo de seronave que ha volado a AVION         (25) Tipo de Vuelo previsto:         pRIVADO         (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto 🕅 Politripulado         (28) ¿Usa medicación actualmente? No 🕅 Sí Indígue modicamento, dosis, fecha inicio y rarones:
No       No <td< td=""></td<>
Detalles:       (22) Tot.Horas de (21) Tot.horas de (22) Tot.Horas. de dit.examen: 50         io o ha sido denegado por (23) class/tipo de aeronave que ha volado a AVION       50         (23) class/tipo de aeronave que ha volado a AVION       50         (25) Tipo de Vuelo previsto: PRIVADO       (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto X         (28) ¿Usa medicación actualmente?       No X       Sí Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y raones:
(21) Tot.horsa de     (21) Tot.horsa de       (22) Tot.horsa de     (22) Tot.horsa de       (23) Class/tipo de seronave que ha volado a     (20) Class/tipo de seronave que ha volado a       (23) Class/tipo de vuelo previsto:     (25) Tipo de Vuelo previsto:       (26) Actividad de vuelo actual     Unico piloto X       (28) ¿Usa medicación actualmente?     No X
10 0 na sido denegado por (23)Class/Lipo da asronava que ha volado a AVION     50       (25) Tipo de vuelo previsto: PRIVADO     (25) Tipo de Vuelo previsto: PRIVADO       (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto X Politripulado       (28) ¿Usa medicación actualmente? Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y razones:
(23)Class/Lipo da arronave que ha volado a AVION (25) Tipo de Vuelo previsto: PRIVADO (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto X Politripulado (28) ¿Usa medicación actualmente? No X Sí Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y razones:
(25) Tipo de Vuelo previsto: PRIVADO (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto X Politripulado (28) ¿Usa medicación actualmente? No X Sí Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y razones:
(25) Tipo de Vuelo previsto: privado (26) Actividad de vuelo actual Unico piloto X Politripulado (28) ¿Usa medicación actualmente? No X Sí Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y razones:
(26) Actividad de vuelo actual Unico piloto X Politripulado (28) ¿Usa medicación actualmente? No X Sí Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y razones:
(26) Actividad de vuelo actual Unico piloto 🕅 Politripulado (28) ¿Usa medicación actualmente? No 🕅 Sí Indigue medicamento, dosis, fecha inicio y racense:
(28) ¿Usa medicación actualmente? No ⊠ Si Indigue medicamento, doss, fecha inicio y razones:
(28) gosa medicación actualmente? NO X Si Indique medicamento, dosis, fecha inicio y razones:
NO. Detalle en observaciones(30) las respuestas afirmativas. Sí No
,NO. Detalle en observaciones(30) las respuestas afirmativas. Si No 3 Malaria, otras enferm. tropicales X 110 Problemas mentrales o
NO. Detalle en observaciones(30) las respuestas afirmativas. Si No Si N
NO. Detalle en observaciones(30) las respuestas afirmativas. Si No 3 Malaria, otras enferm. tropicales 4 Realizio al tant HTY X ginecológicos 5 Informedode de trans, escual X 151 (Reit united embarazado? 5 Traterres del sendo/sintrome de apres
NO. Detalle en observaciones(30) las respuestas afirmativas. Si No 3 Malaria, otras enferm. tropicales 4 Reality al tast HTY X gintenidgicos 5 Intermedades de trans, escual X 151 (Reti united embrarado? 5 Traternes del sando/sintrome de apnas X 7 Intermedad muccempelética/discopacidad X Historia Familiar de.
NO. Detalle en observaciones(30) las respuestas afirmativas. Si No
NO. Detaile en observaciones(30) las respuestas afirmativas.       Sí No       10 Maiaria, otras enferm. tropicales       X gitacia, otras enferm. tropicales       X gitacidgicos       15 Informedudes de trass. escual       16 Trainerme del subblychnicme de apresa       17 Tablermed monesequicitación/decorpacidad       8 Algena otra enfermedud o lesión       8 Algena otra enfermedud o lesión       9 Algena otra enfermedud o lesión       9 Algena dura enfermedud o lesión       9 Tabler ded multico ded e último
,NO. Detaile en observaciones(30) las respuestas afirmativas. Sí No : 3 Maiaria, otras enferm, tropicies : 3 Maiaria, otras enferm, tropicies : 4 Sintermodules de traze, escui : 5 Troitermodules de traze, escui : 5 Troitermodules de traze, escui : 5 Troitermodules consequivitaciónistampacidad : 5 Troitermodules consequivitaciónistampacidad : 8 Admisión en un hompital : 9 Admisión en un hompital : 9 Traitermodules de lotimo : 2 Traitermodule
,NO. Detalle en observaciones(30) las respuestas afirmativas. SÍ No SÍ No SÍ No SÍ No SÍ Salaria, otras enferm. tropicies No Sí Informaduse de trass, semul Sí Traternes de sembejúnieros de apresa Sí Anderse de trass, semul Sí Traternes de sembejúnieros de apresa Sí Anderse de trass, semul Sí Traternes de sembejúnieros de apresa Sí Anderse de trass, semul Sí Anderse de trass, se
NO. Detaile en observaciones(30) las respuestas afirmativas.       Sí No       13 Malaria, otras enferm. tropicies       14 Malaria, otras enferm. tropicies       15 Moltiva itak HIY       15 Informedudes de trans, semail       16 Traitornes de sando/informes enseturales o       17 Informedudes de trans, semail       18 Algana otra enfermedud o la sando/informes de sprea       18 Algana otra enfermedud o la sando       18 Algana otra enfermedud o la sando       18 Algana otra enfermedud o la corande       19 Totalarendud macceades of ditimo       10 Traitar un addico       11 Sendusco para un seguro de vida       12 Bechano para liconcia de vuelo       13 Tra liconcia de vuelo
NO. Detalle en observaciones(30) las respuestas afirmativas.     Sí No     I       13 Mainia, otras enferm, tropicies     X 110 Problemes mentrules o     I       14 Mainia, otras enferm, tropicies     X 110 Problemes mentrules o     I       15 Rainia, otras enferm, tropicies     X 110 Problemes mentrules o     I       16 Trainendades de trans. semul     X 111 Sitella units des des anno 1     X 111 Sitella units des des anno 1       16 Trainense del semble/informes de apresa     X     X       17 Tairenedad mencesepsibiliz/discopsiciad     X 110 Entermedia del corazón       19 Maissión en un hospital     X 117 Entermedia del corazón       10 Visita s un mático desde el último ann Málico     X 117 Entermediatermienia       11 Menhano para un seguro de vida     X 114 Mantermediades mentales       12 Rechano para licencia de vanlo     X 115 Entermediades mentales       13 Rapa mática para el servicio militar     X 117 Alerculosis
NO. Detaile en observaciones(30) las respuestas afirmativas.       Si No       10 Mainia, otras enferm, tropicies       20 Mainia, otras enferm, tropicies       21 Mainia, otras enferm, tropicies       22 Mainia, otras enferm, tropicies       23 Mainia, otras enferm, tropicies       24 Montiva it atest HP       25 Thisrmedudes de trans. escual       26 Thisrmedudes de trans. escual       27 Thisrmedud menosegelática/discupacidad       28 Maisión en un hespital       29 Maisión en un hespital       20 Waisión en un hespital       20 Trainguesta       21 Trainguesta       21 Rechardo para el servicio silitar       21 Sechardo para el servicio silitar       21 Baja mótica para el servicio silitar       21 Jaja subilica para el servicio silitar       21 Traingui / sen