



Compañía Minera Antamina

Form 001A	CERTIFICADO MEDICO PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES (>2,500 msnm) (Realizarse siempre luego de 21 días de permanencia debajo de este nivel)	Revisado Enero 2012
------------------	---	--------------------------------

AL MEDICO QUE REALIZA EL EXAMEN:

Este certificado aplica a: visitantes y trabajadores que han estado a nivel del mar por más de 21 días. No se considera visitante a la persona que realizará trabajo físico (mano de obra) o conducirá un vehículo de carga o pasajeros en las instalaciones de Antamina. En estos casos, será necesario obtener un Pasaporte Médico en un Centro Médico Autorizado por Antamina.

Si tuviese alguna duda, favor comuníquese con el Servicio Médico de Antamina al telefax: (511) 217-3000 anexo: 3962, celular: (511) 996551421, RPM: #244163, correo: medicinaocupacional@ntamina.com

DATOS PERSONALES DEL EXAMINADO		
APELLIDOS	NOMBRES	
DOCUMENTO IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO(DD/MM/AA)	EDAD:
DIRECCION:		SEXO:
EMPLEADOR:		Masculino
ACTIVIDAD A REALIZAR:		Femenino

El/ella **declara respecto a los siguientes** cuadros clínicos, los que podrían ser una contraindicación para viajar a gran altitud:

Anemia o Policitemia	NO SI () ()	
Cirugía mayor reciente (3 meses) o discapacidad física.	() ()	
Desórdenes de la coagulación, trombosis.	() ()	FUNCIONES VITALES
Diabetes Mellitus.	() ()	() ()
Hipertensión Arterial	() ()	PA :
Dolor al pecho o falta de aire al hacer algún esfuerzo	() ()	FC :
Embarazo	() ()	FR :
Epilepsia, desmayos, episodios de falta de estabilidad	() ()	IMC Kg/m2:
Infecciones recientes (especialmente oídos, nariz, garganta)	() ()	Sat 02 %
Obesidad mórbida (IMC > 35Kg/m2)	() ()	(Si está disponible)
Problemas cardíacos, marcapasos, angina, etc.	() ()	
Problemas respiratorios: Asma, EPOC	() ()	
Retinopatía, glaucoma.	() ()	
Úlcera péptica ó duodenal, hepatitis.	() ()	
Apnea del sueño.	() ()	
Alergias.	() ()	
Otra condición médica importante.	() ()	

Uso de Medicación Actual:

En **mayores de 45 años** o visitantes con criterio clínico se debe realizar **obligatoriamente un electrocardiograma** cuyo informe debe adjuntarse.

Comentarios:.....

Firma del examinado dando conformidad a su declaración:

Por el presente, certifico que él/ella se encuentra APTO/A para visitar:

- () Las instalaciones de Antamina **en altura geográfica (4300 msnm) y a nivel del mar**
- () Las instalaciones de Antamina **sólo a nivel del mar**

DATOS DEL MEDICO EVALUADOR		
APELLIDOS	NOMBRES	
DIRECCION:		
CMP	FECHA (DD/MM/AA)	FIRMA Y SELLO

NOTA: Este certificado debe ser realizado en los 21 días previos al ascenso como máximo. Portar el original para el ingreso a las instalaciones.

FECHA DE INGRESO	PRESION ARTERIAL	PULSO	SATURACION DE OXIGENO	OBSERVACIONES	EXAMINADOR EN ANTAMINA