

## Jennifer Amarante

---

**De:** Sofia Falconeri Camacho Ovalles  
**Enviado el:** jueves, 12 de agosto de 2021 10:28 a. m.  
**Para:** Todos  
**CC:** Encargados de Area; Johanna Natividad Diaz Sánchez  
**Asunto:** Formulario historial clínico  
**Datos adjuntos:** Formulario Historial Clínico.docx

Buenos días estimados colaboradores,

Con el motivo de promover, proteger y mantener la salud y el bienestar de la población laboral, le anexamos una ficha de historial clínico para ser llenada por cada uno de nosotros.

Después de completada la ficha, enviar por esta misma vía a través del encargado de área.

Gracias anticipadas y quedamos a la orden ante cualquier inquietud al respecto.

Saludos cordiales,

**Sofia Falconeri Camacho Ovalles**  
Encargada  
Departamento Recursos Humanos  
Junta de Aviación Civil República Dominicana  
Teléfono: (809) 689-4167  
<http://www.jac.gob.do/>



---

Este correo electrónico contiene información confidencial o legalmente protegida. Dicha información es exclusivamente para el uso del individuo o entidad a la cual es enviada. Si usted no es el destinatario del mismo, queda formalmente notificado que cualquier divulgación, distribución, reproducción o copiado de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si este es el caso, favor de eliminar el correo electrónico de su computadora e informar al emisor a través de un mensaje de respuesta. Las opiniones expresadas en este correo electrónico son propias del autor y no necesariamente coinciden con las de la JAC.

This email contains confidential or legally protected information. This information is exclusively for the use of the individual or entity to which it is sent. If you are not the recipient, it is formally notified that any disclosure, distribution, reproduction or copying of this communication is strictly prohibited. If this is the case, please delete the email from your computer and inform the sender through a reply message. The opinions expressed in this email are those of the author and do not necessarily coincide with those of the JAC.

**JUNTA DE AVIACION CIVIL**  
**Historial Clínico**  
**Control de Salud**

**I-Detalles Generales.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Cédula:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Departamento:** \_\_\_\_\_

**II- Antecedentes personales patológicos.**

*Hipertensión arterial*  
 *Enfermedades tiroideas*  
 *Enfermedad del corazón*  
 *Enfermedades de los riñones*

*Enfermedades broncopulmonares*  
 *Neurológicas*  
 *Reumática*  
 *Tumores o cáncer*

**- ¿Utiliza algún tipo de medicamento?**

Si      Especificar: \_\_\_\_\_  
 No      \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**- ¿Presenta alergia a Fármacos u otros agentes?**

\_\_\_\_\_

**- ¿Tipo de sangre?**

\_\_\_\_\_

**- ¿Es donante?**

Si  
 No

**III- ¿En caso de emergencia a quien llamar?**

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Parentesco:** \_\_\_\_\_