

Nombre y Apellidos.....
 DNI..... Fecha Nacimiento.....
 Dirección.....
 PERMISO de Conducir:..... Teléfono.....

El interesado declara no haber desfigurado la verdad ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto en el reconocimiento psicofísico al que ha sido sometido. Asimismo, presta su consentimiento para la realización de las exploraciones de las aptitudes a el **ANEXO del Real Decreto 2847/98 de 20 de Noviembre por el que se regula la acreditación de la aptitud psicofísica necesaria para tener y usar ARMAS y para prestar servicios de SEGURIDAD PRIVADA**, y que solicita y para que su resultado sea reflejado en los correspondientes documentos, tratado automáticamente y cedido a los órganos competentes en cada caso.... El Centro le informa que todos los datos personales recogidos están sometidos a las garantías establecidas en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (Ley 15/1999) y Normativas de Desarrollo.

Firma del interesado _____

DATOS PERSONALES

| | | | | |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Nº. de expediente: | 2. Edad | 3. Sexo | 4: Obtención/Prórroga | 5. Clase permiso ARMAS |
| 6. Estudios Realizados | 6.1. Nulos | 6.2. Básicos | 6.3. Medios | 6.4. Superiores |
| 7. ¿De qué trabaja? | | | | |
| 8. Situación Laboral | 7.1. Trabaja | 7.2. Paro | 7.3 J ubilado | 7.4 Pensionista |

HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO USUARIOS DE ARMAS

| |
|--|
| 1. ¿Usa o va a usar el arma cómo?: herramienta de Trabajo <input type="checkbox"/> uso Particular <input type="checkbox"/> Ocio <input type="checkbox"/> |
| 2 ¿Usa o va a usar el arma? Todos los días <input type="checkbox"/> Algún día semana <input type="checkbox"/> Algún día al mes <input type="checkbox"/> Algún día al año <input type="checkbox"/> |
| 3 ¿Le han retirado alguna vez la licencia de Armas/Seguridad Privada? ¿Cuántas? ¿A qué se debió? |
| 4 ¿Esta bajo suspensión o privación de la licencia de Armas/Seguridad Privada? ¿Por qué? |
| 5 ¿Ha tenido algún accidente con las armas? ¿A qué se debió? ¿Secuelas? |

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL:

| | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------|--|--|
| | | | | Sí |
| 1. ¿Padece alguna enfermedad? | | | | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado ingresado en un hospital? | | | | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ha sido intervenido de: | | | | |
| | Sí | | Sí | Sí |
| 3.1. Trasplante Renal | <input type="checkbox"/> | 3.4. Trasplante Cardíaco | <input type="checkbox"/> | 3.7. Desfibrilador sincronizado |
| 3.2. Trasplante Hepático | <input type="checkbox"/> | 3.5. Implante Valvular | <input type="checkbox"/> | 3.8. Bypass coronario |
| 3.3. Trasplante Pulmonar | <input type="checkbox"/> | 3.6. Marcapasos | <input type="checkbox"/> | 3.9. Revascularización percutánea |
| 4. ¿Toma algún medicamento o sigue algún tratamiento en la actualidad? | | | | |
| Medicamento | Dosis/Duración (meses) | | Prescrito por: Médico, Farmacéutico o Autónomo. | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 4.1. Antidiabéticos/ Insulina | <input type="checkbox"/> | 4.4. Analgésicos | <input type="checkbox"/> | 4.7. Anti-convulsionantes |
| 4.2. Anticoagulantes (sintrom*) | <input type="checkbox"/> | 4.5. Hipotensores | <input type="checkbox"/> | 4.8. Psicótrapos |
| 4.3. Quimioterapia | <input type="checkbox"/> | 4.6 Antihistamínicos | <input type="checkbox"/> | 4.9. Otros |

AMG- ANAMNESIS M. GENERALES

| | | | | Sí | | | | | Sí |
|---|--|-------------------|--|----|---|--|-----------------------|------------|------------|
| 1. ¿Tiene dificultad para oír? | | | | | 8. ¿Se ha desmayado alguna vez? | | | | |
| 2. ¿Sufre o ha sufrido mareos o vértigos? | | | | | 9. ¿Se le olvidan las cosas fácilmente? | | | | |
| 3. ¿Tiene dificultad para realizar algún movimiento? | | | | | 10. ¿Le entra sueño con facilidad? | | | | |
| 4. ¿Ha padecido/padece enfermedad del corazón? | | | | | 11. ¿Ronca habitualmente? | | | | |
| 5. ¿Le cuesta respirar durante el ejercicio? | | | | | 12. ¿Tiene dificultad para dormir? | | | | |
| 6. ¿Ha tenido palpitaciones o fatiga? | | | | | 13. ¿Cómo tiene su tensión arterial? | | | 13.1. alta | |
| 7. ¿Ha sufrido convulsiones (epilepsia)? | | | | | 13.2. normal | | 13.3. baja | | 13.4. n. s |
| 14. ¿Toma bebidas alcohólicas? | | 14.1. nunca | | | 14.2. en ocasiones | | 14.3. 1 ó más semanas | | |
| UBE día normal | | UBE fin de semana | | | 14.4. UBE semana | | | | |
| 15. ¿Ha tomado usted alguna sustancia (estupefacientes) en el último año? | | | | | | | | | |

EMG-EXPLORACIÓN MEDICINA GENERAL: (* = solo en caso de estar indicado)

1. Audiometría

| | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | PR? |
|----|-----|------|------|------|--------------|
| OD | | | | | 1.2. IPC>45% |
| OI | | | | | |

| | |
|--|---|
| Para Calcular la Pérdida Tonal Media | |
| $OD = \frac{500+1000+2000+4000}{4} = \text{dB}$ | $O.I. = \frac{500+1000+2000+4000}{4} = \text{dB}$ |
| Para Calcular el Índice de Pérdida Combinada (PTMOM x 7) + PTMOP | |
| $IPC (\%) = \frac{\text{PTMOM} \times 7 + \text{PTMOP}}{8} = \%$ | |
| PTM Pérdida tonal Media (OM) Oído Mejor (OP) Oído Peor | |

INSPECCIÓN GENERAL:

| | | | PR? | | | | PR? |
|--------------------------|--|--|-----|----------|--|--|-----|
| 2. Inspección general... | | | | 4. Talla | | | * |
| 3. Piel y mucosas... | | | | 5. Peso | | | * |

LOCOMOTOR/ NEUROLÓGICO:

| | | | PR? | | | | PR? |
|------------------------------|--|--|-----|-----------------------------|--|--|-----|
| 6. Limitaciones anatómicas | | | | 7. Limitaciones funcionales | | | |
| 6.1. Amputaciones | | | | 7.1. Fuerza y tono muscular | | | |
| 6.2. Deformidades/ rigideces | | | | 7.2. Temblores | | | |

SISTEMA CARDIO - RESPIRATORIO:

| | | PR? | | | PR? | | | PR? |
|---------------------|--|-----|-----------------------------|--|-----|----------------------------------|--|-----|
| 8. Inspección... | | | 12. IC-NYHA (I,II,III,IV) | | | 15.1. Hipertensión controlada | | |
| 9. Auscultación C/R | | | 13. Ritmo | | | 15.2. Hipertensión no controlada | | |
| 10. SAOS | | | 14. Frecuencia | | | 15.3. Hipotensión | | |
| 11. Disnea | | | | | | | | |
| 15. T. A. (mmHg) | | | Frecuencia: Síntoles/minuto | | | Ritmo: Regular/Irregular | | |

AO - ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA

| | | | Si | | | | Si |
|--|--|--|----|--|--|--|----|
| 1. ¿Ha ido al oftalmólogo en los últimos 5 años? | | | | 4. ¿Le han operado de alguna patología ocular? | | | |
| 2. ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad ocular? | | | | 5. ¿Usa gafas o lentillas? | | | |
| 3. ¿Sigues algún tratamiento oftalmológico? | | | | | | | |

EO - EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA (* = solo en caso de estar indicado)

| | Sin corrección | Con corrección | | | | PR? | | |
|-----------------------------------|----------------|----------------|---------------------------|-----------------|-----|-----|---------------|--|
| OD | 1.1. | 1.4. | 1. Agudeza visual | | | | | |
| | | | 2. Dioptrías | | OD: | OI: | | |
| | | | 3. Afaquias/ pseudofaquia | | OD: | OI: | | |
| OI | 1.2. | 1.5. | 4. Cirugía refractiva | | OD: | OI: | | |
| | | | 5. Campo central | | OD: | OI: | | |
| | | | 6. T. R. deslumbramiento | | | | | |
| AO | 1.3. | 1.6. | 7. Visión mesópica | | OD: | OI: | | |
| | | | 8. Motilidad ocular | 8.1. Estrabismo | | | 8.2. Forias | |
| | | | | 8.3. Nistagmus | | | 8.4. Diplopía | |
| 9. Visión de colores* | | | 11. Presión intraocular* | | OD: | OI: | | |
| 10. Perimetría: otros meridianos* | | | 12. Fondo de ojo* | | OD: | OI: | | |

DPMG: DICTAMEN PARCIAL:

| | | |
|---------------------------|--|-------------------------------|
| 1. NO APTO | | Firma del Facultativo. |
| 2. INTERRUMPIDO | | |
| 3. APTO CON RESTRICCIONES | | |
| 4. APTO | | |

AP – ANAMNESIS PSICOLÓGICA

| | Sí | Sí |
|---|----|---|
| 1. ¿Ha tomado o toma pastillas para la depresión o para dormir? | | 7. Inestabilidad laboral, social o familiar |
| 2. ¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico? | | 8. ¿Ha tenido alguna baja laboral prolongada? |
| 3. ¿Se lleva mal con sus compañeros de trabajo? | | 9. ¿Se lleva mal con algún familiar o amigo? |
| 4. ¿Para qué tiene o quiere tener licencia de armas? | | 10. ¿Cuánto hace que tiene licencia de armas? |
| 6. ¿Cuándo va a cazar o al tiro deportivo va solo o acompañado? | | 11. ¿Cuántas armas posee? |
| ¿Le gusta el trabajo de Seguridad privada? | | 12. ¿Por qué ha elegido esa profesión? |
| ¿Cuánto tiempo hace que trabaja? | | 13. ¿Le gusta lo que hace? |
| ¿Ha tenido que utilizar alguna vez el arma? ¿Por qué? | | ¿Le crea estrés o ansiedad su trabajo? |
| ¿Qué piensa sobre el hecho de tener que pasar un test de personalidad para tener la licencia? | | |

EP – GENERAL

| Alterado | Alterado | Alterado | Alterado |
|------------------|-------------|-----------|-------------------------------|
| 1. Aseo personal | 2. Lenguaje | 3. Gestos | 4. Conducta (signos externos) |

APTITUD PERCEPTIVO – MOTORA

| | | | | | Alterado |
|---|--|--|--------------------|------------|----------|
| 5. Aptitud perceptivo motora | | | | | |
| 5.1. Calidad de ejecución, 5.2. Comprensión instrucciones, 5.3. Atención, 5.4. Concentración, 5.5. Nerviosismo-Tranquilidad | | | | | |
| 5. a. Velocidad anticipada | PC TM | | precipitarse | retrasarse | |
| 5. b. Coordinación bimanual. | PC TT | | PC NT | | |
| 5. c. Tiempo reacción múltiple | PC MR | | PC ER | | |
| 5. d. Inteligencia práctica | 7. Resistencia a la FATIGA PC | | 8. IMPULSIVIDAD PC | | |
| 6. Atención Discriminativa | 9. Tendencia a Transgredir la Norma PC | | | | |

TRANSTORNOS MENTALES Y DE CONDUCTA

| | Sí | Sí |
|------------------------|----|----------------------------------|
| 1. Psicosis | | 3. Deterioro cognitivo |
| 2. Depresión/ ansiedad | | 4. Trastornos de la inteligencia |

Test obligatorios para Obtener / Renovar licencias de Armas y de Seguridad Privada.

| 1.1 - Test Cognitivos | | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------|---|----------|-------------|---|
| 1 – CUESTIONARIO PFEIFFER <i>Se realizará a todos los mayores de 65 años</i> | 2 – MINI MENTAL (MEC – 35) | | | | | |
| <i>Puntuación:</i> Puntuación: Sí ≥ 3 Hacer el Test MINI MENTAL | <i>Puntuación:</i> | | | | | |
| 1. 2 Test de Personalidad | | | | | | |
| 1 – TEST EAE <i>Puntuaciones altas, Hacer el Test CAQ</i> | N | P | A | F | D.S. | 2 – CAQ <i>Puntuaciones desviadas</i> |
| P.D (PUNTUACION DIRECTA) | | | | | | PUNTUACIONES BAJAS (1-3) |
| P.C (PERCENTILES) | | | | | | PUNTUACIONES ALTAS (8-10) |
| Retraso mental <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad <input type="checkbox"/> Psicosis <input type="checkbox"/> Trastorno personalidad <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 2.1 Test de adicción a Sustancias | | | | | | |
| CAGE/AUDIT | | | TEST ADICCIÓN GENERAL | | | |
| 2.1– T. relacionados con el alcohol | | | 2.2– T. relacionados medicamentos o drogas | | | |

DPP: DICTAMEN PARCIAL:

| | | |
|---------------------------|--|-------------------------------|
| 1. NO APTO | | Firma del Facultativo. |
| 2. INTERRUMPIDO | | |
| 3. APTO CON RESTRICCIONES | | |
| 4. APTO | | |

DF – DICTAMEN FINAL

| | |
|---|---------------------------------------|
| 1. Comentarios: | |
| 2. Administración de CONSEJOS: | |
| 3. INTERRUMPIDO: | |
| 4. PETICIÓN DE INFORME: | |
| Fecha recepción de informe y/o emisión del dictamen final: | |
| 5. ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS recogidas en el informe (ANEXO IV) | |
| 6. OBSERVACIONES O DEFICIENCIAS recogidas en el informe: | |
| 7. NO APTO | |
| 8. APTO CON RESTRICCIONES | |
| 9. APTO | Firma del DIRECTOR Facultativo |