

El interesado, DECLARA no haber desfigurado la verdad ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto en el reconocimiento psicofísico a que ha sido sometido. Así mismo, presta consentimiento para la realización de las exploraciones de las aptitudes a que se refiere el **Anexo 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**.

Firma del INTERESADO \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES

1 Nº Expediente	2 Fecha	3 Obtención/ Prórroga	4 Clase de permiso ARMAS	
5 Nombre	6 Apellidos	7 Edad	8 Sexo	9 DNI
10 Dirección	11 Localidad	12 Provincia	13 CP	
14 ¿Estudios? : Nulos/Escasos    Básicos    Medios    Superiores				
15 ¿De qué trabaja?				
16 ¿Situación laboral?: En activo    Paro    Baja laboral    Pensionista    Jubilado    Estudiante				

### HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO USUARIOS DE ARMAS

1 ¿Usa o va a usar el arma como herramienta de Trabajo    uso Particular    Ocio	Sí
2 ¿Usa o va a usar el arma? Todos los días    Algún día semana    Algún día al mes    Algún día al año	
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 que se debió?    ¿Secuelas?	

### ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

1 ¿Padece alguna enfermedad?    ¿Cuál/Cuales?	Sí	
2 ¿Ha estado ingresado en algún hospital?    ¿Por qué?		
3 ¿Ha sido <b>intervenido quirúrgicamente</b> ?    ¿De qué?		
3.1 Trasplante RENAL	3.5 Trasplante Médula Ósea	3.9 Revascularización Percutánea
3.2 Trasplante HEPÁTICO	3.6 Prótesis VALVULAR	3.10 Desfibrilador Sincrónico
3.3 Trasplante PULMONAR	3.7 Implante MARCAPASOS	3.11 CATARATAS
3.4 Trasplante CARDÍACO	3.8 By-pass CORONARIO	3.12 CIRUGÍA REFRACTIVA
4 ¿Toma algún medicamento o sigue algún TRATAMIENTO en la actualidad?		
<i>Fármaco</i>	<i>Dosis/Día</i>	<i>Prescripción</i>
4.1 Antidiab. orales ó Insulina	4.4 Analgésicos/Antitusivos	4.7 Anti-convulsionantes
4.2 Anticoagulantes - Sintróm	4.5 Hipotensores	4.8 Psicotropos
4.3 Quimioterapia/Radioterapia	4.6 Antihistamínicos	4.9 OTROS
5 ¿Le han operado de la cabeza, se ha dado un golpe o ha estado en coma?    ¿Secuelas?		
6 ¿Ha sido tratado alguna vez por algún médico especialista o psicólogo?    ¿De qué?		
7 ¿Sigue regularmente algún control analítico?    ¿Por qué?		
8 ¿Ha estado alguna vez de baja laboral durante más de un mes?    ¿Por qué?		

### HÁBITOS TÓXICOS

1 ¿Toma algún medicamento sin prescripción médica?    ¿Cuál? ¿Cuales?	Sí
2 ¿Toma alcohol al menos una vez por semana?    ¿Cuántas <b>UBE</b> bebe en un día normal?	
3 ¿Ha tomado alguna sustancia (pastillas, porros, etc.) en el último año?    ¿Cuál/Cuales?	
4 ¿Ha tenido o tiene problemas de salud debido al consumo de alcohol o drogas?    ¿Cuál/es	

## ESTUDIO MÉDICO GENERAL

### I – Anamnesis Médica

¿HA TENIDO O TIENE?

	Sí		Sí
1 ¿Enfermedades o operaciones de los ojos?	<input type="checkbox"/>	8 ¿Ronca y a veces se queda sin respiración?	<input type="checkbox"/>
2 ¿Enfermedades o operaciones de los oídos?	<input type="checkbox"/>	9 ¿Somnolencia, sueño excesivo durante el día?	<input type="checkbox"/>
3 ¿Mareos o vértigos?	<input type="checkbox"/>	10 ¿Dificultad para dormir?	<input type="checkbox"/>
4 ¿Desmayos o pérdida de conciencia?	<input type="checkbox"/>	11 ¿Diabetes?	<input type="checkbox"/>
5 ¿Epilepsia o crisis convulsivas?	<input type="checkbox"/>	12 ¿Fatiga o dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>
6 ¿Pérdida de fuerza en extremidades?	<input type="checkbox"/>	13 ¿Palpitaciones?	<input type="checkbox"/>
7 ¿Dificultad para hablar o escribir?	<input type="checkbox"/>	14 ¿Dolor en el pecho al hacer esfuerzos?	<input type="checkbox"/>
15 ¿Enfermedades del Corazón? Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	Anginas de pecho	<input type="checkbox"/>
		Infartos	<input type="checkbox"/>
		Arritmias	<input type="checkbox"/>

### II – Exploración Médica

#### 1 – Inspección GENERAL

			Sí
1 Inspección general	<input type="checkbox"/>	2 Piel y mucosas	<input type="checkbox"/>
3 Aspecto personal	<input type="checkbox"/>	4 Actitud	<input type="checkbox"/>
		5 Lenguaje	<input type="checkbox"/>
		6 Orientación Temporo-Espacial	<input type="checkbox"/>
7 Nivel de vigilancia	<input type="checkbox"/>	8 Reacciones emocionales	<input type="checkbox"/>
		9 Contenido del pensamiento	<input type="checkbox"/>

#### 2 – Exploración de la CAPACIDAD VISUAL

			Sí
1 – INSPECCIÓN: Gafas    Lentillas    Prótesis Oc.    Afaquia/Pseudofaquia    Cirugía refractiva	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2 – AGUDEZA VISUAL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<i>OJO Derecho</i>	<i>OJO Izquierdo</i>		<i>Visión BINOCULAR</i>
<i>C Corrección</i>	<i>S Corrección</i>	<i>C Corrección</i>	<i>S Corrección</i>
<i>C Corrección</i>	<i>S Corrección</i>	<i>C Corrección</i>	<i>S Corrección</i>
			<b>ESTEREOPSIS</b>
			<b>Test de TNO</b>
VISION MONOCULAR			
3 – CAMPO VISUAL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<i>Ojo Izqdo.</i>	<i>Ojo Dercho.</i>	<i>BINOCULAR</i>	REDUCCIÓN > al 10% ESCOTOMAS/REDUCCIONES SIGNIFICATIVAS REDUCCIÓN CONCÉNTRICA HEMIANOPSIA            CUADRANTANOPSIA
4 – SENTIDO CROMÁTICO (Alteraciones visión color)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5 – SENTIDO LUMINOSO	<input type="checkbox"/>	<i>HEMERALOPÍA</i>	<i>NICTALOPÍA</i>
6 – MOTILIDAD OCULAR: Ptosis palpebral    Forias    Estrabismo    Nistagmus    Diplopías	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7 – OFTALMOSCOPIA DIRECTA:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

#### 3 – Exploración del SISTEMA CARDIOPULMONAR

			Sí
3.1 Exploración <b>CARDIOCIRCULATORIA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<p><i>Inspección:</i>  Disnea    Edemas    Ascitis    Varices    Tromboflebitis    Prótesis valvular    Marcapasos  Aneurismas interventricularr    Desfibrilador    By-pass coronario    By-pass percutáneo  Trasplante Cardiaco</p> <p><i>Exploración:</i>  Tensión Arterial..... Pulso.....  Auscultación cardiaca: Ritmo..... Arritmias..... Soplos.....  Nivel Funcional (NYHA): Tipo I..... Tipo II..... Tipo III..... Tipo IV.....</p> <p><i>Otras exploraciones: ECG.....</i></p>			
3.2 Exploración <b>RESPIRATORIA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<p><i>Inspección:</i> Disnea    SAOS    (Obesidad, Cuello corto, Dificultad respiratoria vías altas)</p> <p><i>Exploración:</i> Auscultación pulmonar: Roncus    Sibilantes    Crepitantes</p> <p><i>Otras exploraciones:</i></p>			

#### 4 – Exploración de la CAPACIDAD AUDITIVA

Sí

1 Inspección	USA AUDÍFONO	
2 Otoscopia		
3 Audiometría	HIPOACUSIA: ≤45 ó >45	

	500	1000	2000	4000
O.D.				
O.I.				

**Para CALCULAR la PTM Pérdida tonal Media de cada oído**

$$OD = \frac{500+1000+2000+4000}{4} = \text{dB} \quad O.I. = \frac{500+1000+2000+4000}{4} = \text{dB}$$

**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*

#### 5 – Exploración del SISTEMA LOCOMOTOR / NEUROLÓGICO

Sí

1 Limitación Movilidad de <b>Cabeza y Cuello</b>		
2 Limitación Movilidad <b>Columna Dorso - Lumbar</b>	CIFOSIS < 30	CIFOSIS > 50
3 Limitación Movilidad <b>Extremidades Superiores</b>	FUERZA <20 Kg.	< 40 Kg.
<p><i>Lado Izquierdo:</i> Amputación      Pérdida Anatómica      Pérdida Funcional</p> <p><i>NIVEL:</i> Hombro    Codo    Muñeca    Dedos sin Pulgares    Dedos+ Pulgar MNR    Dedos+ Pulgar MR</p> <p><i>Lado Derecho:</i> Amputación      Pérdida Anatómica      Pérdida Funcional</p> <p><i>NIVEL:</i> Hombro    Codo    Muñeca    Dedos sin Pulgares    Dedos+ Pulgar MNR    Dedos+ Pulgar MR</p>		
4 Limitación Movilidad <b>Extremidades Inferiores</b>	L. Anatómica	L. Funcional
<p><i>Lado Izquierdo:</i> Amputación      Pérdida Anatómica      Pérdida Funcional</p> <p><i>NIVEL:</i> Cadera    Rodilla    Tobillo    Metatarsfalanges</p> <p><i>Lado Derecho:</i> Amputación      Pérdida Anatómica      Pérdida Funcional</p> <p><i>NIVEL:</i> Cadera    Rodilla    Tobillo    Metatarsfalanges</p>		
5 ¿Prótesis ortopédica?    ¿Temblores?    ¿Espasmos?    Trastornos de Coordinación		

#### 6 – OTRAS EXPLORACIONES:

Sí

1 ¿Trasplante Renal y/o Hepático?    ¿Fístulas para diálisis?    Signos de Punción de Insulina	
2 ¿Signos de intentos de autolisis?	
3 ¿Signos de Abuso o Dependencia a medicamentos/drogas o signos de Venopunción?	
4 ¿Signos de Abuso o Dependencia de alcohol?: Embriaguez    Fetor enólico    Hepatomegalia Inyección conjuntival    Arañas vasculares    Temblor de manos    Temblor de la lengua	

### ESTUDIO PSICOLÓGICO

#### I - Anamnesis Psicológica

Sí

¿Cuál es su situación familiar?    Soltero    Casado    Pareja    Separado    Viudo	
¿Se lleva mal con algún familiar o amigo?	
¿Se lleva mal con sus compañeros de trabajo?	
¿Padece o ha padecido de los nervios, ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc.?    ¿De qué?	
¿Está o ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico?    ¿por qué?	
¿Para que tiene o quiere tener licencia de armas?	
¿Cuánto hace que tiene licencia de armas?    ¿Cuántas armas posee?	
¿Aún va a cazar o al tiro deportivo?    ¿Cuando va a cazar o al tiro deportivo va solo o acompañado?	
¿Le gusta el trabajo de <b>Seguridad privada</b> ?	
¿Por que ha elegido esa profesión?	
¿Cuánto tiempo hace que trabaja?	
¿Le gusta lo que hace?	
¿Ha tenido que utilizar alguna vez el arma?    ¿Por qué?	
¿Le crea estrés o ansiedad su trabajo?	
¿Alguna situación, en su trabajo, le ha creado estrés o ansiedad?	
¿Qué piensa sobre el hecho de tener que pasar un test de personalidad para tener la licencia?	

**II- Exploración Psicológica:**

**INSPECCION**

**Sí**

<b>1</b> Aspecto personal	<b>2</b> Actitud	<b>3</b> Lenguaje	<b>4</b> Orientación Temporo-Espacial
<b>5</b> Nivel de vigilancia	<b>6</b> Reacciones emocionales	<b>7</b> Contenido del pensamiento	

**EXPLORACION**

**1. Trastornos Mentales y de Conductas:**

*Tests obligatorios para Obtener / Renovar licencias de Armas y de Seguridad Privada*

<b>1.1 Tests Cognitivos</b>	
<b>1 – CUESTIONARIO PFEIFFER</b> <i>Se realizará a todos los mayores de 65 años</i>	<b>2 – MINI MENTAL (MEC – 35)</b>
<i>Puntuación: Sí ≥ 3 Hacer el Test MINI MENTAL</i>	<i>Puntuación:</i>

<b>1. 2 Tests de Personalidad</b>						
<b>1 – TEST EAE</b> <i>Puntuaciones altas, Hacer el Test CAQ</i>	<b>N</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>F</b>	<b>D.S.</b>	<b>2 – CAQ</b> <i>Puntuaciones desviadas</i>
P.D (PUNTUACION DIRECTA)						PUNTUACIONES BAJAS (1-3)
P.C (PERCENTILES)						PUNTUACIONES ALTAS (8-10)

Retraso mental	Deterioro cognitivo	Depresión/Ansiedad	Psicosis	Trastorno personalidad
----------------	---------------------	--------------------	----------	------------------------

**2. Trastornos relacionados con Sustancias:**

<b>2.1 Tests de adicción a Sustancias</b>	
<b>CAGE/AUDIT</b>	<b>TEST ADICCIÓN GENERAL</b>
<b>2.1-</b> T. relacionados con el alcohol	<b>2.2-</b> T. relacionados medicamentos o drogas

**3. Pruebas de Aptitudes Perceptivo - Motoras:**

<b>3 VALORACIÓN EJECUCIÓN</b> de las PRUEBAS: <b>3.1</b> Calidad de ejecución <b>3.2</b> Comprensión instrucciones
<b>3.3</b> Atención <b>3.4</b> Concentración <b>3.5</b> Nerviosismo – Tranquilidad
<b>3-A</b> Atención Discriminativa PC <b>3-C</b> Impulsividad PC
<b>3-B</b> Resistencia a la Fatiga PC <b>3-D</b> Tendencia transgredir las normas PC

**DICTAMEN PARCIAL**

<i>Dictamen Médico</i>	<i>Dictamen Psicológico</i>
<b>1 – APTO</b>	
<b>2 – APTO EXTRAORDINARIO</b>	
<b>3 – NO APTO</b>	
<b>4 – INTERRUMPIDO</b>	
<b>4.1</b> Negativa a realizarlo	<b>4.2</b> Completar examen
<b>4.3</b> Inactividad temporal	<b>4.4</b> Petición Informe

Firma del MÉDICO

Firma PSICÓLOGO

**RECOMENDACIONES**

**Sí**

<b>1-</b> Control por su médico o psicólogo
<b>2-</b> Deberá aportar informe en cada renovación
<b>3- CONSEJOS</b>

**DICTAMEN FINAL**

<b>1 – ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS (ANEXO)</b>	<i>Códigos</i>
<b>2 – OBSERVACIONES(adaptaciones, restricciones y limitaciones)</b>	<i>Códigos</i>

<b>1 – APTO</b>	
<b>2 – APTO EXTRAORDINARIO</b>	
<b>3 – NO APTO</b>	

FIRMA del DIRECTOR del Centro