

MEDICAL CERTIFICATE FOR PERSONNEL SERVICE ON BOARD

APELLIDO:	NOMBRES (S):	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD PAÍS	SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
POSICION A BORDO: CAPITAN <input type="checkbox"/> OFICIAL DE CUBIERTA <input type="checkbox"/> OFICIAL DE MÁQUINA <input type="checkbox"/> RADIO OPERADOR <input type="checkbox"/> SUBALTERNO <input type="checkbox"/>	MAILING ADDRESS OF APPLICANT:	

DECLARACION DEL FACULTATIVO RECONOCIDO

	VISION		PERCEPCIÓN DE COLORES	AUDICIÓN
	SIN LENTES	CON LENTES		
OJO DERECHO	_____	_____	<input type="checkbox"/> LIBRO <input type="checkbox"/> LINTERNA AMARILLO _____ ROJO _____ VERDE _____ AZUL _____	OIDO DERECHO _____
OJO IZQUIERDO	_____	_____		OIDO IZQUIERDO _____

Confirmación de que se examinaron los documentos de identidad en el lugar del examen: SI NO

¿La audición satisface las normas de la Sección A-1/9 del Código de Formación? SI NO NO APLICA

¿Es satisfactoria la audición sin audifonos? SI NO

¿La agudeza visual cumple las normas de la Sección A-1/9 del Código de Formación? SI NO

¿La visión cromática cumple las normas de la Sección A-1/9 del Código de Formación? SI NO
(La prueba solo se requiere cada seis años)

Fecha de la última prueba de visión cromática: (Día/Mes/Año) _____ / _____ / _____.

¿Son necesarias gafas o lentes de contacto para cumplir con las normas de visión? SI NO

¿Apto para cometidos de vigía? SI NO

¿Está el aplicante tomando algún medicamento sin prescripción o con prescripción médica? SI NO

¿Está el aplicante libre de cualquier afección médica que pueda verse agravada por el servicio en el mar o discapacitarle para el desempeño de tal servicio o poner en peligro la salud de otras personas a bordo? SI NO

Por la presente Declaro que me doy por enterado del contenido del reconocimiento médico.

Signature of Applicant

Name of Applicant

Date

ELIGA CON UN CIRCULO LA RESPUESTA APROPIADA: (EL / ELLA) SE ENCUENTRA QUE ESTA (APTO / NO APTO) PARA DESEMPEÑARSE COMO (CAPITAN / OFICIAL DE CUBIERTA / OFICIAL DE MÁQUINAS / RADIO OPERADOR / SUBALTERNO) (SIN NINGUNA / CON LAS SIGUIENTES) RESTRICCIONES:

NOMBRE Y GRADO DEL MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DE LA AUTORIDAD QUE CERTIFICÓ AL MÉDICO: _____

FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____

SELLO DEL MÉDICO: _____

DATE: _____

FECHA DE EXPIRACIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO: _____

FORMATO DE REGISTRO DE LOS RECONOCIMIENTOS

MÉDICOS DE LA GENTE DE MAR

Nombre (apellidos y nombres de pila): _____

Fecha de nacimientos (día / mes / año): ____/____/____ Sexo: masculino femenino

Dirección Personal: _____

Método de confirmación de la identidad, por ejemplo, núm. de pasaporte / núm. de libreta de servicio o cualquier otro documento de identidad pertinente: _____

Sección (puente / máquinas / radiocomunicaciones / manipulación de Alimentos / otros): _____

Tareas rutinarias y de emergencia (si se conocen): _____

Tipo de buque (porta contenedores, buque tanque, de pasajeros): _____

Zona de navegación (por ejemplo costera, tropical, en todo el mundo): _____

DECLARACION PERSONAL DE LA PERSONA QUE SE SOMETE A EXAMEN (EL PERSONAL MÉDICO DEBERÍA PRESTAR AYUDA)

¿Ha padecido alguna vez de alguna de las siguientes afecciones?:

	Afección	SI	NO		Afección	SI	NO
1.	Problemas de los ojos / visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	¿Fuma, ingiere alcohol o usa drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	Operaciones / cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Enfermedades cardiacas / vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	Epilepsia / crisis parciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Operación del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.	Mareos / desvanecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Venas varicosas / hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	Pérdida de la conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Asma / bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.	Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Trastornos de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	Problema de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Trastornos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	Dolores de cabeza severos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Trastornos de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.	Problemas del oído (audición, tinnitus) nariz / garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	Limitación de la movilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Enfermedades infecciosas / contagiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	Problema de la espalda o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Problemas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.	Fracturas / dislocaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Problemas del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores fue "Sí", sírvase dar detalles.

Preguntas Adicionales		SI	NO
35.	¿Alguna vez le han dado de baja por enfermedad o lo han enviado a su país de origen estando embarcado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	¿Alguna vez lo han hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	¿Alguna vez lo han declarado no apto para el trabajo en el mar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	¿Alguna vez le han impuesto limitaciones a su certificado médico o se lo han revocado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	¿Sabe si tiene algún problema médico, dolencias o enfermedades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	¿Se siente saludable y en condiciones para desempeñar las tareas del puesto/ocupación que se le ha designado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	¿Es alérgico a alguna medicina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

		SI	NO
42.	¿Está tomando alguna medicina prescrita o que no requiere receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De ser así, sírvase enumerar las medicinas y el propósito y la dosis.

Certifico que la declaración personal que he formulado es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma de la persona que se somete al examen: _____

Fecha (día /mes/ año): ____ / ____ / ____

Testigo (firma): _____

Nombre (a máquina o en letra imprenta) _____

Por este medio autorizo la entrega de todos mis expedientes médicos anteriores en posesión de profesionales de la salud, instituciones de salud y autoridades públicas al Dr. _____
 _____(El médico aprobado).

Firma de la persona que se somete al examen: _____

Fecha (día /mes/ año): ____ / ____ / ____

Testigo (Firma): _____

Nombre (a máquina o en letra imprenta) _____

Fecha y detalles de contacto relativos al reconocimiento médico previo (si se conocen):

RECONOCIMIENTO MEDICO

Visión

Uso de anteojos o lentes de contacto: Sí / No (si la respuesta es "Sí", indique el tipo y la finalidad).

	Agudeza Visual						Campos Visuales	
	Sin Corrección			Con Corrección			Normal	Defectuosa
	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular	Ojo derecho	Ojo izquierdo
A distancia								
Acorta distancia								

Visión cromática	<input type="checkbox"/> Sin probar	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Dudosa	<input type="checkbox"/> Defectuosa
-------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Audición

	Tono puro y audiometría (valores umbrales en dB)						Prueba de habla y del susurro (metros)		
	500 Hz	1,000 Hz	2,000 Hz	3,000 Hz			Normal	Susurro	
Oído derecho							Oído derecho		
Oído izquierdo							Oído izquierdo		

Datos clínicos

Altura: _____(cm)

Peso: _____(Kg.)

Frecuencia del pulso: _____(minuto) Ritmo: _____

Presión arterial: Sistólica: _____(mm Hg) Diastólica: _____(mm Hg)

Análisis de orina: Glucosa: _____ Proteína: _____ Sangre: _____

	Normal	Anormal		Normal	Anormal
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senos paranasales, nariz, garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas Varicosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boca /Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vascular (inc. pulsos pedios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos (general)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen y vísceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membrana Timpánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ano (excluye examen rectal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pupilas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades superiores e inferiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimiento ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna vertebral (V/C, V/D y V/L)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmones y tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurológico (exhaustivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Radiografía del tórax	<input type="checkbox"/> No se hizo	<input type="checkbox"/> Se hizo el (día /mes /año) _____ / _____ / _____
------------------------------	-------------------------------------	---

Resultado: _____

Otra u otras pruebas de diagnóstico y resultados:

Prueba: _____ Resultado: _____

Observaciones y evaluación de la aptitud del médico, con razones para cualquier limitación.

Evaluación de la aptitud para el servicio en el mar

Sobre la base de la declaración de la persona examinada, mi reconocimiento clínico y los resultados de la prueba de diagnóstico mencionada más arriba, declaro que, a efectos médicos, la persona examinada es:

<input type="checkbox"/> Apta para el servicio de vigía	<input type="checkbox"/> No apta para el servicio de vigía
---	--

	Servicio de Cubierta	Servicio de Máquina	Servicio de Fonda	Otros
Apta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No apta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sin Restricciones <input type="checkbox"/>	Con Restricciones <input type="checkbox"/>	Obligación de llevar lentes correctoras	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	--	---	-----------------------------	-----------------------------

Sírvase describir las restricciones (por ejemplo, puesto de trabajo específico, categoría de buque, zona de operaciones)
--

Fecha de expiración del certificado médico (día/mes/año): _____ / _____ / _____.

Fecha de expedición del certificado médico (día/mes/año): _____ / _____ / _____.

Número de certificado médico: _____

Nombre del médico (Letra imprenta): _____

Número de Registro del Médico: _____

Dirección del establecimiento médico: _____

Firma del médico: _____

Sello:

--