



República del Perú
 Republic of Perú
Autoridad Marítima Nacional del Perú
 National Maritime Authority of Perú



FORMATO DE RECONOCIMIENTO MÉDICO PARA LA GENTE DE MAR QUE POSEE UN TÍTULO EXPEDIDO CONFORME A LAS REGLAS DEL CONVENIO INTERNACIONAL SOBRE NORMAS DE FORMACIÓN, TITULACIÓN Y GUARDIA PARA LA GENTE DE MAR, 1978.
MEDICAL RECOGNITION FORMAT FOR SEAFARER HOLDING A CERTIFICATE ISSUED UNDER THE PROVISIONS OF THE INTERNATIONAL CONVENTION ON STANDARDS OF TRAINING, CERTIFICATION AND WATCHKEEPING FOR SEAFARERS, 1978.

Conforme a las disposiciones del Convenio Internacional sobre Normas de Formación, Titulación y Guardia para la Gente de Mar, 1978, en su forma enmendada.
 In accordance with the provisions of the International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping for Seafarers, 1978, as amended.

I. - DATOS PERSONALES: Para ser completado por la Gente de Mar

I.- PERSONAL DATA: To be completed by the Seafarers

Nombres y apellidos: <i>Full name</i>	
Documento de identidad: <i>Identity Document</i>	
Fecha y lugar de nacimiento: <i>Date and place of birth</i>	
Género: <i>Gender</i>	Masculino <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
Nacionalidad: <i>Nationality</i>	
Tipo buque (Portacontenedor, tanque, pasaje, otro): <i>Type of ship (e.g. container, tanker, passenger, other)</i>	
Sección (puente, máquinas, radio, otro): <i>Department (deck, engine, radio, other)</i>	
Fecha del examen: <i>Date of examination</i>	
Dirección domiciliaria: <i>Home address</i>	
Zona de navegación (costera, río, lago, todo el mundo) / <i>Navigation area (coastal, river, lake, worldwide)</i>	

II. - DECLARACION PERSONAL DEL EXAMINADO:

II.- EXAMINEE'S PERSONAL DECLARATION

¿Ha sufrido alguna vez de alguna de las siguientes afecciones? / <i>Have you ever had any of the following conditions?</i>	SI YES	NO NO	DESCRIPCIÓN DESCRIPTION
1.- Problemas de visión / <i>Eye/vision problems</i>			
2.- Presión arterial alta / <i>High blood pressure</i>			
3.- Enfermedades del corazón / vascular <i>Heart/vascular disease</i>			
4.- Operación al corazón / <i>Heart surgery</i>			
5.- Várices / hemorroides / <i>Varicose veins/piles</i>			
6.- Asma/Bronquitis / <i>Asthma/Bronchitis</i>			
7.- Alteraciones de la sangre / <i>Blood disorder</i>			

8.- Diabetes / <i>Diabetes</i>			
9.- Problema de tiroides / <i>Thyroid problem</i>			
10.- Problemas digestivos / <i>Digestive disorders</i>			
11.- Transtornos renales / <i>Kidney disorders</i>			
12.- Transtornos de la piel / <i>Skin problems</i>			
13.- Alergias / <i>Allergies</i>			
14.- Enfermedades infecciosas/contagiosas <i>Infectious/contagious diseases</i>			
15.- Hernias / <i>Hernia</i>			
16.- Problemas genitales / <i>Genital disorder</i>			
17.- Embarazo / <i>Pregnancy</i>			
18.- Problemas de sueño / <i>Sleep problems</i>			
19.- ¿Fuma usted? ¿Ingiere alcohol y/o drogas? <i>Do you smoke? Use alcohol or drugs?</i>			
20.- Operaciones/cirugías / <i>Operations/surgeries</i>			
21.- Epilepsia/ataques / <i>Epilepsy/seizures</i>			
22.- Mareos/desmayos / <i>Dizziness/fainting</i>			
23.- Pérdida de conciencia / <i>Loss of consciousness</i>			
24.- Problemas psiquiátricos / <i>Psychiatric problems</i>			
25.- Depresión / <i>Depression</i>			
26.- Intento de suicidio / <i>Attempted Suicide</i>			
27.- Pérdida de memoria / <i>Loss of memory</i>			
28.- Problemas de equilibrio / <i>Balance problems</i>			
29.- Fuertes dolores de cabeza / <i>Severe headaches</i>			
30.- Problema del oído (oído tinnitus) /nariz/garganta <i>Ear (hearing tinnitus)/Nose/Throat problem</i>			
31.- Movilidad restringida / <i>Restricted mobility</i>			
32.- Problemas de espalda o articulación <i>Back or joint problem</i>			
33.- Amputaciones / <i>Amputations</i>			
34.- Fracturas /Dislocaciones / <i>Fractures/Dislocations</i>			
Si respondió "SI" en alguna de las preguntas de arriba, por favor dar detalles: <i>If you answered "YES" to any of the above questions, please give details:</i>			
Preguntas Adicionales: <i>Additional questions</i>	SI YES	NO NO	DESCRIPCIÓN DESCRIPTION
35.- ¿Alguna vez ha sido dado de baja por enfermedad o lo han repatriado estando embarcado? <i>Have you ever been signed off as sick or repatriated from a ship?</i>			
36.- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? <i>Have you ever been hospitalized?</i>			
37.- ¿Alguna vez ha sido declarado no apto para el trabajo en el mar? <i>Have you ever been declared unfit for sea duty?</i>			

38.- ¿Alguna vez su certificado médico ha sido restringido o revocado? <i>Has your medical certificate ever been restricted or revoked?</i>			
39.- ¿Sabe Ud. si tiene algún problema médico, dolencias o enfermedad? / <i>Are you aware that you have any medical problems, diseases or illnesses?</i>			
40.- ¿Se siente saludable y apto para realizar las tareas del puesto/ocupación que le han designado? <i>Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position/occupation?</i>			
41.- ¿Es Ud. alérgico a algún medicamento? <i>Are you allergic to any medication?</i>			
Comentarios / <i>Comments:</i>			
42.- ¿Toma algún medicamento con o sin receta? <i>Are you taking any non-prescription or prescription medications?</i>			
En caso afirmativo, indique los medicamentos tomados, y el (los) propósito(s) y la(s) dosificación (es): <i>If yes, please list the medications taken, and the purpose(s) and dosage(s):</i>			

III.- RECONOCIMIENTO MÉDICO

III.- MEDICAL EXAMINATION

EVALUACION <i>EVALUATION</i>	DESCRIPCIÓN <i>DESCRIPTION</i>	NORMAL <i>NORMAL</i>	ANORMAL <i>ABNORMAL</i>
Talla / <i>Height</i>	cm:		
Peso / <i>Weight</i>	kg:		
Índice de Masa Corporal (IMC) / <i>Body Mass Index (BMI)</i>			
Marcas en el cuerpo / <i>Marks on the body</i>			
Cabeza, cara y cuero cabelludo <i>Head, face, and scalp</i>			
Oídos (general) / <i>Ears (general)</i>			
Membrana timpánica / <i>Tympanic membrane</i>			
Ojos / <i>Eyes</i>			
Oftalmoscopia / <i>Ophthalmoscopy</i>			
Pupilas / <i>Pupils</i>			
Movimiento ocular / <i>Eye movement</i>			
Pulmones y tórax / <i>Lungs and chest</i>			
Examen de mama / <i>Breast examination</i>			
Corazón / <i>Heart</i>			
Piel / <i>Skin</i>			
Venas varicosas / <i>Varicose veins</i>			
Vascular (inc. pulsos pedios) <i>Vascular (inc. pedal pulses)</i>			
Abdomen y vísceras / <i>Abdomen and viscera</i>			
Hernias / <i>Hernia</i>			
Ano (excluye examen rectal) / <i>Anus (not rectal exam)</i>			
Sistema genitourinario / <i>G-U system</i>			

Extremidades superiores (fuerza y movilidad) <i>Upper extremities (strength and mobility)</i>			
Extremidades inferiores (fuerza y movilidad) <i>Lower extremities (strength and mobility)</i>			
Columna vertebral (vértebras cervicales, dorsales y lumbares) / <i>Spine (cervical, thoracic and, lumbar spines)</i>			
Apariencia general <i>General appearance</i>			
Firma y Sello del Medico Examinador <i>Signature and Seal of the Medical Practitioner</i>			

IV.- EXAMEN OTO NEUROLÓGICO

IV.- OTONEUROLOGICAL EXAMINATION

EVALUACION <i>EVALUATION</i>	DESCRIPCIÓN <i>DESCRIPTION</i>	NORMAL <i>NORMAL</i>	ANORMAL <i>ABNORMAL</i>
Prueba de equilibrio / <i>Balance test</i>			
Electroencefalograma (Si fuese necesario) <i>Electroencephalogram (If required)</i>			
Firma y sello del Medico Examinador <i>Signature and seal of the Medical Practitioner</i>			

V.- EXAMEN CARDIOLOGICO (A PARTIR DE LOS 40 AÑOS)

V.- CARDIAC EXAMINATION (FROM 40 YEARS OLD)

Presión arterial: <i>Blood pressure</i>	Sistólica: (mm Hg) <i>Systolic</i>	Diastólica: (mm Hg) <i>Diastolic</i>
Frecuencia del Pulso: <i>Pulse rate</i>	/(minuto) -----/(minute)	Ritmo: <i>Rhythm:</i> -----
Electrocardiograma / <i>Electrocardiogram</i>		
Firma y sello del Medico Examinador <i>Signature and seal of the Medical Practitioner</i>		

VI.- EXAMEN PULMONAR (A PARTIR DE LOS 40 AÑOS)

VI.- PULMONARY EXAMINATION (FROM 40 YEARS OLD)

Radiografía del Torax / <i>Chest X-Ray</i>	<input type="checkbox"/> No se hizo <i>Not performed</i>
	<input type="checkbox"/> Se hizo el (día/mes/año): <i>Performed on (day/month/year):/...../.....</i>
Resultados / <i>Results:</i>	
Firma y sello del Medico Examinador <i>Signature and seal of the Medical Practitioner</i>	

VII.- EXAMEN DE LABORATORIO

VII.- LABORATORY TEST

Análisis de Orina: <i>Urinalysis</i>	Glucosa: <i>Glucose:</i> -----	Proteína: <i>Protein:</i> -----	Sangre: <i>Blood:</i> -----
Grupo Sanguíneo: / <i>Blood Type</i>			
Sangre completo: <i>Complete blood test</i>			
Firma y sello del Medico Examinador <i>Signature and seal of the Medical Practitioner</i>			

VIII. - EXAMEN DE OTORRINOLARINGOLOGIA
VIII. - EAR, NOSE AND THROAT EXAMINATION

EVALUACION EVALUATION	DESCRIPCION DESCRIPTION	NORMAL NORMAL	ANORMAL ABNORMAL
Naríz / Nose			
Senos paranasales / Paranasal sinuses			
Boca y garganta / Mouth and throat			

Tono Puro y audiometría (valores umbrales en dB) / Pure tone and audiometry (threshold values in dB)				
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz
Oído derecho (Right ear)				
Oído izquierdo (Left ear)				

Prueba del habla y del susurro (metros) / Speech and whisper test (metres)		
	Normal / Normal	Susurro / Whisper
Oído derecho (Right ear)		
Oído izquierdo (Left ear)		
Firma y sello del Medico Examinador Signature and seal of the Medical Practitioner		

IX. - EXAMEN DE LA VISTA
IX. - SIGHT EXAMINATION

	SI / YES	NO / NO
Usa anteojos o lentes de contacto: Use of glasses or contact lenses:		
En caso "SI", especifique que tipo y cuál es el propósito: If "YES", specify which type and for what purpose:		

AGUDEZA VISUAL Visual Acuity	Lejos / Distant			Cerca / Near		
	Sin ayuda Unaided	Con ayuda Aided	Binocular Binocular	Sin ayuda Unaided	Con ayuda Aided	Binocular Binocular
Ojo derecho Right eye						
Ojo izquierdo Left eye						

CAMPOS VISUALES Visual fields	Normal / Normal	Defectuoso / Defective
Ojo derecho Right eye		
Ojo izquierdo Left eye		

VISION DE COLOR Colour vision	No probado Not tested	Normal Normal	Dudoso Doubtful	Defectuoso Defective
Visión de color: Colour vision				

Firma y sello del Medico Examinador <i>Signature and seal of the Medical Practitioner</i>	
--	--

X.- EVALUACIÓN DE LA APTITUD PARA EL SERVICIO EN EL MAR
X.- ASSESSMENT OF FITNESS FOR SERVICE AT SEA

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

On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results recorded above, I declare the examinee medically:

<input type="checkbox"/> Apto para el servicio de vigía <i>Fit for lookout duty</i>	<input type="checkbox"/> No apto para el servicio de vigía <i>Not fit for lookout duty</i>				
	Servicio de Cubierta <i>Deck Service</i>	de	Servicio de Máquinas Engine service	Servicio de Fonda Catering service	Otros servicios Other services
Apto: <i>Fit</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No Apto: <i>Unfit</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin restricciones: <i>Without restrictions</i>	<input type="checkbox"/>		Con restricciones: <i>With restrictions</i>	<input type="checkbox"/> **	
Obligación de llevar lentes correctores: <i>Visual aid required</i>		SI/YES	<input type="checkbox"/>	NO/NO	<input type="checkbox"/>

** Sírvase describir las restricciones (por ejemplo: puesto de trabajo específico, categoría de buque, zona de operación, etc).
Describe restrictions (e.g., specific position, type of ship, trade area, etc.)

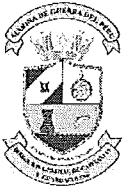
Fecha de expedición del certificado médico (día/mes/año): ____/____/____
Date medical certificate issued (day/month/year)

Fecha de expiración del certificado médico (día/mes/año): ____/____/____
Date Medical certificate's date of expiration (day/month/year)

Número del certificado médico: _____
Number of medical certificate

Firma del médico: _____
Signature of medical practitioner

Información sobre el médico (nombres, número de colegiatura, dirección):
Medical practitioner information (name, licence number, address)



República del Perú
Republic of Perú
Autoridad Marítima Nacional del Perú
National Maritime Authority of Perú
CERTIFICADO MÉDICO PARA LA GENTE DE MAR
Medical Fitness Standards Certificate for Seafarers



Este certificado es expedido cumpliendo las disposiciones de la regla 1/9 del Convenio de Formación STCW, 1978, enmendado y la norma A-1/2 del Convenio de Trabajo Marítimo, 2006, enmendado y certifica que la gente de mar es apta para el servicio en el mar.
This certificate is issued in accordance with the provisions of the regulation 1/9 of the 1978 STCW Convention, as amended, and the standard A-1/2 of the Maritime Labour Convention, 2006, as amended, and certifies that seafarers are fit for sea service.

Apellidos: <i>Surname (s)</i> _____	Nombres: <i>Given Name (s)</i> _____	Documento de Identidad / Pasaporte No. <i>Documento of Identity / Passport No.</i> _____
Fecha de Nacimiento: <i>Date of Birth</i> Día Mes Año <i>Day Month Year</i> _____	Nacionalidad: <i>Nationality</i> _____	Sexo: <i>Gender</i> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> <i>Male Female</i>

	Sí/Yes	No/No
¿Confirmación que se examinaron los documentos de identidad en el lugar del examen? <i>Confirmation that identification documents were checked at the point of examination?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La audición cumple con el estándar? <i>Hearing meets the standards?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es satisfactoria la audición sin ayuda? <i>Unaided hearing satisfactory?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La agudeza visual cumple con el estándar? <i>Visual acuity meets standards?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La visión cromática cumple con el estándar? <i>Colour vision meets standards?</i> Fecha de la última prueba de visión cromática (Día/Mes/Año) _____ / _____ / _____ <i>Date of the last color vision test (Day/Month/Year)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Apto para los deberes de vigía? <i>Fit for lookout duties?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen limitaciones o restricciones respecto de la aptitud física? Si la respuesta es "sí", dar detalles de las limitaciones o restricciones: <i>Limitations or restrictions on fitness? If "Yes", specify limitations or restrictions.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está libre el marino de cualquier condición médica que pueda agravarse por el servicio en el mar o discapacitarlo para el desempeño de tal servicio o poner en peligro la salud de otras personas a bordo? <i>Is the seafarer free from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or to render the seafarers unfit for such service or to endanger the health of other person on board?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confirmo que he sido informado del contenido de este certificado médico y sobre el derecho a solicitar una revisión del dictamen, con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 6 de la Sección A-1/9 del Código de Formación. <i>I hereby, confirm that I have been informed about the content of this certificate and of the right to a review in accordance with the paragraph 6 of Section A-1/9 of the STCW Code.</i>	_____ Firma de la Gente de Mar <i>Seafarer's Signature</i>	

Lugar y Fecha de emisión: <i>Place and date of issue:</i> _____	
Fecha de expiración (máximo 2 años): <i>Date of expiry (until 2 years at the most):</i> _____	
Nombre del médico reconocido: <i>Name of the recognized medical practitioner:</i> _____	

 Firma y sello del médico reconocido
Signature and stamp of the recognized medical practitioner.

1. El original de este certificado deberá estar disponible durante el servicio a bordo. *The original of this certificate must be kept available while serving on board ship.*
2. En caso de pérdida de este certificado, el titular debe notificar a la Autoridad Marítima del Perú. *In case of loss of this certificate, the holder should notify to the Peruvian Maritime Authority.*
3. La autenticidad de este certificado puede ser verificada contactando a la Autoridad Marítima del Perú. *The authenticity of this certificate can be verified contacting the Peruvian Maritime Authority.*