

APÉNDICE 4



PERÚ

Ministerio de
Defensa

Marina de Guerra del
Perú

Dirección General de Capitanías
y Guardacostas Autoridad
Marítima Nacional

FORMATO DE RECONOCIMIENTO MÉDICO PARA
PERSONAL DE NÁUTICA RECREATIVA, BAHÍA, RIBEREÑO Y LACUSTRE
(Capitanes, Pilotos, Patronos, Motoristas y Marineros)

I. - DATOS GENERALES

Nombres y apellidos	
Documento de identidad	
Fecha y lugar de nacimiento	
Trabajo que desempeñará a bordo	
Fecha del examen	
Dirección domiciliaria	

II. - DECLARACION PERSONAL

¿Ha sufrido alguna vez de dolencias como las que se enumera a continuación?	SI	NO	DESCRIPCIÓN
Problemas en las vistas			
Presión arterial alta			
Enfermedades cardiovasculares			
Operación al corazón			
Venas varicosas			
Asma/bronquitis			
Alteraciones de la sangre			
Diabetes			
Problemas tiroideo			
Transtornos digestivos			
Problemas renales			
Problemas en la piel			
Alergias			
Enfermedades infectocontagiosas			
Hernia			
Transtornos genitales			
Problemas de sueño			
¿Fuma usted?			
Operaciones/Ataques			
Mareos/desmayos			
Perdida de conciencia			
Problemas psiquiátricos			
Depresión			
Intento de suicidio			
Pérdida de memoria			
Problemas de equilibrio			
Migraña graves			
Problemas de oído/nariz/garganta			
Amputación			
Consumo de drogas			

III.- EXAMEN PSICOSOMATICO

EVALUACION	DESCRIPCION	NORMAL	ANORMAL
Talla			
Peso			
Índice de Masa Corporal			
Marcas en el cuerpo			
Extremidades superiores (fuerza y movilidad)			
Extremidades inferiores (Fuerza y movilidad)			
Pies			
Columna vertebral- músculos			
Cabeza, cara y cuero cabelludo			
Reflejos			
Grupo Sanguíneo			
Agudeza visual y auditiva			

IV. - EXAMEN OTO NEUROLOGICO

EVALUACION	DESCRIPCION	NORMAL	ANORMAL
Prueba de equilibrio			
Electroencefalograma (si fuese necesario)			

V.- EXAMEN CARDIOLOGICO (A PARTIR DE LOS CUARENTA AÑOS EN ADELANTE)

EVALUACION	DESCRIPCION	NORMAL	ANORMAL
Presión Arterial			
Electrocardiograma			

VI.- EXAMEN PULMONAR (A PARTIR DE LOS CUARENTA AÑOS EN ADELANTE)

EVALUACION	DESCRIPCION	NORMAL	ANORMAL
Rayos X Tórax			

VII.- EXAMEN DE LABORATORIO (CUANDO SEA REQUERIDO COMO AYUDA AL DIAGNOSTICO)

EVALUACION	DESCRIPCION	NORMAL	ANORMAL
Orina completa			
Sangre completo			

VIII.- EXAMEN DE OTORRINOLARINGOLOGIA (A PARTIR DE LOS SESENTA Y CINCO AÑOS)

EVALUACION	DESCRIPCION	NORMAL	ANORMAL
Nariz			
Senos paranasales			
Boca y garganta			
Oído (Agudeza Auditiva)			

IX.- EXAMEN DE LA VISTA (A PARTIR DE LOS 65 AÑOS EN ADELANTE)

EVALUACION	DESCRIPCION	NORMAL	ANORMAL
Agudeza Visual			

X.- CERTIFICACION DE LA APTITUD PARA EL SERVICIO

X.- *CERTIFICATE OF FITNESS FOR SERVICE*

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

CONDICION	SI	NO
APTO PARA EL SERVICIO		

Lugar del examen	
Fecha del examen	
Nombre y sello del Medico Examinador	
Firma	
Fecha de vencimiento de la Certificación Médica (Máximo 2 años)	

XI.- DECLARACION DEL PERSONAL EXAMINADO

Declaro haber sido informado del contenido del formulario del examen médico.

FIRMA

.....