

CERTIFICADO MÉDICO PARA EL SERVICIO A BORDO (MEDICAL CERTIFICATE FOR SHIPS SERVICE)

Datos Generales (General Information)		Rango (Rank):	
Apellido (Surname):	Nombre (Give Name)	No. De Identidad (ID number)	Pasaporte/Libro de Marino (Passport No./Seaman Book No.):
Lugar y Fecha de Nacimiento (Place and Birthdate):		Nacionalidad (Nationality)	Género (Gender):
Ciudad, País (City, Country) _____ (DD/MM/YY)			Masculino/ Male <input type="checkbox"/>
			Femenino/ Female <input type="checkbox"/>
			Otro/Other <input type="checkbox"/>
Domicilio (Address):		Edad (Age):	Fecha (Date):

Antecedentes Patológicos (Medical History):

Hay historia de alguno de los siguientes (Is there history of any the following):	Si(Yes)	No	Hay historia de alguno de los siguientes (Is there history of any the following):	Si(Yes)	No
Migraña (Migraine)			Transfusiones sanguíneas (Blood transfusion)		
Trauma craneal, pérdida de la consciencia, contusión (Head injuries, memory loss, concussion)			Hipertensión, Hipotensión, Cardiopatías (High pressure, Low pressure, Heart Disease)		
Desmayos, Epilepsia, Vértigo, Mareos (Fainting, Epilepsy, Vertigo, Dizziness)			Hernia, Hidrocele, Apendicitis (Hernia, Hydrocele, Appendicitis)		
Problemas Visuales, Uso de lentes (Visual problems, use of eyeglasses)			Asma, Bronquitis, Tuberculosis (Asthma, Bronchitis, Tuberculosis)		
Sordera (Hearing impairment)			Alergias, Enfermedades cutáneas (Allergy, Skin disease)		
Trastornos Auditivos, Nasales, Garganta (Ear, Nose, Throat Problems)			Enfermedad Infectocontagiosa (Infection/Contagious Disease)		
Trastornos Gastrointestinales (Stomach and Bowel Disorder)			Adicción al tabco, alcohol, drogas (Addiction to tabacco, alcohol, drugs)		
Cálculos renales, Cálculos biliares (Gall stones, Kidney Stone disorders)			Fracturas, Luxaciones, Amputaciones (Fractures, Luxation, Amputation)		
Trastornos hepáticos (Liver disorders)			Cirugías Mayores o Menores (Minor or Mayor Surgeries)		
Trastornos Renales (Kidney disorders)			Diabetes (Diabetes)		
Varices (Varicose veins)			Trastornos Psiquiátricos (Mentar Diseases)		
Trastornos hematológicos (Blod disorder)			Cáncer (Cancer)		

Otros (others): _____

Examen Físico (Medical Examination)

P/A (mmHG)	FC (lpm)	FR (rpm)	P (lpm)	T°	Estado General(General Condition)
Peso (Weight)	Talla (Height)				

Visión (Vision)	No corregida (uncorrected)	Corregida (Corrected)	Percepción de Colores (Color Perception)	Audición (Hearing)					
Ojo Derecho (Right eye)			Red(red) __ Amarillo(yellow) __	Oído Derecho (Right ear)					
Ojo Izquierdo (Left eye)			Verde (Green) __ Blue(azul) __	Oído Izquierdo (left ear)					
Ambos Ojos (Both eyes)			Audiometría (Audiometry)	Hz	500	1000	2000	3000	4000
Color Visión/ Visión Cromática	Campo Visual/Visual Fields		Ceguera Nocturna/Night Blindness			Diplopía (vision doble)/Diplopia (double vision)			

Examinacion Sistémica (Systemic Examination)	Normal/ Normal	Anormal/ Unusual	Comentarios (Notes)	Examinación Sistémica (Systemic Examination)	Normal/ Normal	Anormal/ Unusual	Comentarios (Notes)
Cabeza y Cuello (Head and Neck)				Genitourinario (Genitourinary System)			
Ojos (Eyes)				Sistema Nervioso (Nervous System)			
Oídos y Nariz (Ears and Nose)				Reflejos (Reflexes)			
Boca y Garganta (Mouth and Throat)				Piel (Skin)			
Sistema Cardiovascular (Cardiovascular System)							
Sistema Respiratorio (Respiratory System)							
Abdomen							

Resultado del Examen Médico (Result of the Medical Examination)

He reconocido y evaluado a la persona arriba citada según las normas nacionales e internacionales como el convenio STCW 78 en su forma enmendada (Reglas 1/9 sección A-1/9) y el convenio MLC 2006 (Regla 1/2) / I have recognized and evaluated the above mentioned person according to international standards such as the STCW 78 as amended (Rule 1/9 section A-1/9) and MLC 2006 (Rule 1/2)

Apto(a) Físicamente para el servicio a bordo No Apto (a) Físicamente para el Servicio a bordo
(Physically Fit for Duty an board) (Physically Not fit for Duty on board)

Lugar donde se realizó el reconocimeinto (Place where the exam was realized): _____

Ciudad y País (City and Country): _____ Fecha del Reconocimiento (Examination Date): _____

Fecha de expiración del Certificado Médico (Expiration date of the medical Certificate): _____

Nombre y Número del Médico (Name and Number of the Medical Physician): _____

**Firma y Sello del Médico Examinador
(Medical Physician's Signature and Stamp)**

Por la presente Declaro que me doy por enterado del contenido del reconocimiento médico realizado (I hereby acknowledge the content of the Doctor's recommendation)