

ANEXO "A"
CERTIFICADO MÉDICO SIMPLE

EFFECTUADOS AL SR.: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD N°: _____

	APTO	NO APTO
1.- EXAMINACIÓN DE CAPACIDAD VISUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- EXAMINACIÓN DEL NIVEL DE AUDICIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- EXAMINACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- GRUPO SANGUÍNEO _____		

- 1.- EL MÉDICO EXAMINADOR PODRÁ DISPONER LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS QUE ESTIME NECESARIOS PARA MEJOR RESOLVER.
- 2.- EL MÉDICO QUE SUSCRIBE, HABIENDO LEÍDO LAS INSTRUCCIONES DEL ANVERSO, CERTIFICA QUE, A LA VISTA DE LOS EXÁMENES REALIZADOS, EL PACIENTE ARRIBA INDIVIDUALIZADO TIENE SALUD:

COMPATIBLE CON EL DESEMPEÑO A BORDO:

INCOMPATIBLE CON EL DESEMPEÑO A BORDO:

(Concepto A BORDO no aplica para optar a Matrículas de Salvavidas)

NOMBRE Y FIRMA MÉDICO RESPONSABLE
RUT:
ICM:

YO _____ CONFIRMO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE EL CONTENIDO DEL PRESENTE CERTIFICADO, Y DEL DERECHO A SOLICITAR UNA REVISIÓN DEL PRESENTE DICTAMEN MÉDICO, CON ARREGLO A LO DISPUESTO EN LA NORMATIVA REGLAMENTARIA VIGENTE.

FIRMA EXAMINADO

PARÁMETROS A CONSIDERAR COMO "NORMALES" PARA LAS EVALUACIONES CITADAS ANTERIORMENTE, SERÁN LAS SIGUIENTES:

OFTALMOLOGÍA : AGUDEZA VISUAL 20/60 EN EL MÁS DÉBIL Y 20/20 EN EL MEJOR, CORREGIBLE 20/25 EN EL MEJOR.
OTORRINOLARINGOLOGÍA : PTP NO SUPERIOR A 35 DB. EN CADA OÍDO Y DETERIORO AUDITIVO BILATERAL NO SUPERIOR AL 30%.

LUGAR Y FECHA: _____

NOTAS:

- 1.- EL CERTIFICADO SIN TIMBRE, FIRMA Y N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL MÉDICO NO TIENE VALIDEZ.
- 2.- EL PRESENTE CERTIFICADO MÉDICO DEBE SER EXTENDIDO POR UN PROFESIONAL INSCRITO EN EL REGISTRO DE PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD INCORPORADO EN LA PÁGINA WEB WWW.SUPERDESALUD.GOB.CL