

## CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO MÉDICO

EXÁMENES A REALIZAR POR EL PERSONAL EMBARCADO DE LA MARINA MERCANTE NACIONAL  
PARA SU HABILITACIÓN, MANTENIMIENTO O REHABILITACIÓN (1)

Lugar:

Fecha:

Apellido y Nombres:		Fecha Nac.	Edad
Domicilio:		Habilitación de:	
Localidad:	CP:	Credencial de Práctico N°:	
Provincia:		Cédula/Libreta Embarco N°: (2)	
Sexo: M F	Nacionalidad:	Tel.:	DNI/LE/LC/CI N° (2)
ESTUDIOS SOLICITADOS	FECHA Y RESULTADO	MÉDICO RESPONSABLE (sello y firma)	
1. RX de Tórax Frente (informado) Espirometría			
2. Electrocardiograma (informado) frec. T/A			
3. <u>Análisis Clínicos</u> 3.1 Hemograma 3.2 Uremia 3.3 Glucemia  3.5 Eritrosedimentación 3.6 Colesterol LDL HDL TOTAL 3.7 V.D.R.L. GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR			
4. Audiometría (Informado c/pérdida biaural)	DER: S. Audífono                      C. Audífono IZQ: S. Audífono:                      C. Audífono % de pérdida OD:                      OI:                      Ambos:		
5. Exámen Bucodental			
	Referencias	● caries curables / obturación                      □ puente ■ caries incurables                      O corona                      □ prótesis = extracción                      P pivot                      en Rojo: trabajos a realizar T temporario                      I incrustación                      en Azul: trabajos realizados	
6. Exámen Oftalmológico 6.1. Agudeza visual con/sin corrección óptica. 6.2. Visión Cromática	6.1. DER: campo visual IZQ:  6.2. DER: IZQ: Diplopía		
7. Electroencefalograma (informado) (3)			
8. Exámen Psicológico. 8.1 Adecuada coordinación viso- motora. 8.2 Ausencia de patologías psicológicas graves. 8.3 Adecuado control de impulsos.			

(1) El interesado presentará ante la dependencia de la Prefectura este certificado médico debidamente cumplimentado donde conste, en forma clara y legible, los resultados de los exámenes practicados y las firmas y sellos aclaratorios de los profesionales médicos intervinientes.

(2) Tachar lo que no corresponda

(3) Sólo para Prácticos y al ingreso

EXAMEN FÍSICO: Peso:          Altura:                  IMC:

Observaciones:

**DECLARACIÓN JURADA**

¿Tiene actualmente o ha tenido alguna vez?	SI	NO
Antecedentes cardiológicos/circulatorios		
Antecedentes quirúrgicos recientes		
Patologías aparato respiratorio		
Antecedentes traumatológicos		
Antecedentes psíquicos, adicciones		
Antecedentes neurológicos		
Enfermedades infectocontagiosas		
Patología del aparato digestivo		
Patología del aparato urinario		
Patología oncológica		
Patología de la piel		
Consume medicación		
Incapacidad Laboral Permanente, parcial o total, declarada en sede administrativa o judicial		
Otras patologías		

Me comprometo a NO consumir medicación que tenga efectos secundarios que afecten a la capacidad de juicio, el equilibrio o cualquier otro requisito que impida el desempeño eficaz en condiciones de seguridad de los cometidos rutinarios y de emergencia a bordo.

Declaro que los datos y antecedentes consignados son verdaderos, asumiendo la responsabilidad que se desprenda de haber falseado la presente Declaración Jurada.

Lugar

Fecha

Firma

Aclaración

**LA EVALUACIÓN CLÍNICA FINAL SERÁ REALIZADA POR PERSONAL MÉDICO PROFESIONAL DE LA PREFECTURA, DEBIENDO EL TRIPULANTE HALLARSE PRESENTE INDEFECTIBLEMENTE PARA SU APTITUD FÍSICA CON LOS ESTUDIOS Y CERTIFICADOS ORIGINALES, LOS QUE NO EXCEDERÁN DE SESENTA (60) DÍAS DESDE SU REALIZACIÓN AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN.**