

CERTIFICADO DE EXAMEN MÉDICO PARA DEPORTISTAS NÁUTICOS

LICENCIA A : OBTENER NAVEGACIÓN DEPORTIVA
 RENOVAR BUCEADOR DEPORTIVO AUTÓNOMO

NOMBRE DEL DEPORTISTA _____

RUT _____ FECHA NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL MÉDICO _____

RUT _____ REGISTRO COLEGIO MÉDICO _____

EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA HABER EXAMINADO AL DEPORTISTA ANTES IDENTIFICADO, CON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

*GRUPO SANGUÍNEO _____ RH _____ *PESO _____ (KGS) *TALLA _____ (MTS)

*PRESIÓN ARTERIAL : _____

NORMAL HIPOTENSO HIPERTENSO

*EMBARAZO : NO APLICA SI NO

*MIGRAÑA, CEFALÉAS RECURRENTE : SI NO

*MEDICAMENTOS POR TRATAMIENTOS : SI NO

DE EXISTIR, ESPECIFICAR _____

*ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES : SI NO

DE EXISTIR, ESPECIFICAR _____

*ENFERMEDADES CONVULSIVAS : SI NO

DE EXISTIR, ESPECIFICAR _____

*DIABETES : SI NO

DE EXISTIR, ESPECIFICAR _____

*EVALUACIÓN DEL ESTADO FÍSICO GENERAL Y POR SISTEMAS (CABEZA, CUELLO, CARDIOPULMONAR, ABDOMEN, COLUMNA Y EXTREMIDADES) :

NORMAL ANORMAL

DE EXISTIR, ESPECIFICAR _____

*VISIÓN Y AUDICIÓN : NORMAL ANORMAL

DE EXISTIR, ESPECIFICAR _____

*COMÚN : USO DE DROGAS O ALCOHOLISMO SI NO

*OBSERVACIONES: Indicar si el deportista presenta restricciones para realizar actividades náuticas especificadas.

*CONCLUSIÓN DEL MÉDICO QUE SUSCRIBE: APTO NO APTO

SE OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO PARA SER PRESENTADO A LA AUTORIDAD MARÍTIMA, CON EL PROPÓSITO DE OBTENER O RENOVAR LICENCIA DEPORTIVA NÁUTICA ESPECIFICADA.

,

CIUDAD

FECHA

.....
**FIRMA Y TIMBRE
DEL FACULTATIVO**

- NOTAS:** 1.- SI SE OMITE TIMBRE Y/O FIRMA DEL MÉDICO, ESTE CERTIFICADO NO TIENE VALIDEZ.
2.- CERTIFICADO CON VIGENCIA SÓLO DE 90 DÍAS A CONTAR DE LA FECHA INDICADA.