

EXÁMENES PARA EXTENSIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO (VIGENCIA 2 AÑOS)

AUTORIDAD COMPETENTE: MINISTERIO DE SALUD (SUPERINTENDENCIA DE SALUD)

I.- DATOS PERSONALES DEL EXAMINADO:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ RU.N.: _____

GÉNERO: MASC.: FEM.:
TÍTULO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

II.- EXÁMEN CLÍNICO GENERAL:

A) EXAMEN OFTALMOLÓGICO

AGUDEZA VISUAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
VISIÓN CROMÁTICA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
VISIÓN DE PROFUNDIDAD	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
APTO PARA COMETIDOS DE VIGÍA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FECHA ÚLTIMO EXÁMEN VISIÓN CROMÁTICA: _____

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE ESPECIALISTA

B) EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO

EX. CLÍNICO ORAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
AUDIOMETRÍA TONAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
LA AUDICIÓN ES SATISFACTORIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ES SATISFACTORIA LA AUDICIÓN SIN AUDÍFONO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE ESPECIALISTA

C) EXÁMENES DE LABORATORIO

	APTO	NO APTO
ORINA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMATOCRITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UREMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLICEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.D.R.L. (SÍFILIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELECTROCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE ESPECIALISTA

D) GRUPO SANGUÍNEO _____

III.- EXÁMEN ADICIONAL PARA MAYORES DE 40 AÑOS DE EDAD:

PERFIL LIPÍDICO

APTO	<input type="checkbox"/>	NO APTO	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	---------	--------------------------

IV.- OTROS EXÁMENES

LOS QUE SE DISPONGAN SEGÚN REQUERIMIENTO DEL MÉDICO EXAMINADOR.

_____	APTO	<input type="checkbox"/>	NO APTO	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.- APTITUD Y RESTRICCIONES

EXISTEN AFECCIONES QUE PUEDAN VERSE AGRAVADAS O DISCAPACITAR EL DESEMPEÑO DEL SERVICIO EN LA MAR O PONER EN PELIGRO LA SALUD DE OTRAS PERSONAS A BORDO.

SI NO

DECLARACIÓN DEL FACULTATIVO RECONOCIDO

EL MÉDICO QUE SUSCRIBE, EN CONOCIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS Y PARÁMETROS PERTINENTES, CERTIFICA QUE A LA VISTA DE LOS EXÁMENES FÍSICOS REALIZADOS Y LOS RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS COMPLEMENTARIOS, EL PACIENTE ARRIBA INDIVIDUALIZADO TIENE SALUD:

COMPATIBLE CON EL DESEMPEÑO A BORDO

INCOMPATIBLE CON EL DESEMPEÑO A BORDO

RESTRICCIONES Y LIMITACIONES APTITUD FÍSICA SI NO

DETALLE DE RESTRICCIONES O LIMITACIONES: _____

FECHA DEL RECONOCIMIENTO:

FECHA EXPIRACIÓN CERTIFICADO:

LUGAR:

NOMBRE, RUT Y FIRMA MÉDICO RESPONSABLE

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL EXAMINADO.

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. Y EN EL PÁRRAFO 6 DE LA SECCIÓN A-I/9, DEL CÓDIGO DE FORMACIÓN, QUE FORMA PARTE DEL CONVENIO INTERNACIONAL SOBRE NORMAS DE FORMACIÓN, TITULACIÓN Y GUARDIA PARA LA GENTE DE MAR, STCW 1978, EN SU FORMA ENMENDADA.

FIRMA DEL EXAMINADO

**PROCEDIMIENTO PARA LA EXTENSIÓN DE CERTIFICADOS MÉDICOS Y
PARÁMETROS MÍNIMOS PARA APROBACIÓN O RECHAZO.**

- 1.- EL CERTIFICADO DEBE CONTENER EL NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE, DE CADA ESPECIALISTA (OTORRINOLARINGÓLOGO - OFTALMÓLOGO) Y DEL LABORATORIO DONDE LA PERSONA SE EFECTUÓ LOS EXÁMENES.
- 2.- EN ALGUNOS ÍTEM, SE ESTABLECERÁ LA CONDICIÓN DE “SI” O “NO” Y “APTO” O “NO APTO”, DE ACUERDO A SI CUMPLE O NO CON LA APTITUD REQUERIDA.
- 3.- EL MÉDICO RESPONSABLE DEL OTORGAMIENTO DEL CERTIFICADO, DEBE IDENTIFICARSE CON NOMBRE, RUT, FIRMA Y TIMBRE, Y ESTABLECER LA CONDICIÓN GENERAL DEL INTERESADO COMO “COMPATIBLE” O “NO COMPATIBLE” PARA EL DESEMPEÑO A BORDO.
- 4.- ASIMISMO, SE DEBE DETALLAR CONDICIÓN O TRATAMIENTO QUE GENERE LIMITACIONES O RESTRICCIONES EN LA APTITUD FÍSICA, RESPECTO DE SU DESEMPEÑO A BORDO.
- 5.- SERÁN CAUSAL DE “INCOMPATIBILIDAD CON EL DESEMPEÑO A BORDO” LAS SIGUIENTES LIMITACIONES FÍSICAS O PATOLOGÍAS:

AFECCIONES CARDÍACAS INVALIDANTES.

TBC U OTRA ENFERMEDAD CONTAGIOSA DE NATURALEZA SIMILAR.

EPILEPSIA.

DEFECTOS O AFECCIONES AUDITIVAS IRRECUPERABLES.

DEFECTOS O AFECCIONES VISUALES AVANZADAS O DISCROMATOPSIA.

ALCOHOLISMO CRÓNICO.

IMPEDIMENTO FÍSICO O MENTAL U OTRO DESORDEN QUE IMPIDA AL POSTULANTE EL CUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES ORDINARIOS DE SU EMPLEO A BORDO.

ADICCIÓN A LAS DROGAS Y ESTUPEFACIENTES.

DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDIENTE.

- 6.- LOS PARÁMETROS A CONSIDERAR COMO “NORMALES” PARA LAS EVALUACIONES DE ESPECIALIDAD CITADAS ANTERIORMENTE SERÁN LOS 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%.

7. NO ES OBLIGATORIO REALIZARSE EL EXAMEN DE VIH.

NOTA: 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