



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.