



\*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.