



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL MARÍTIMA DEL CARIBE
SECRETARÍA GENERAL

FICHA MÉDICA – NUEVO INGRESO TSU TRANSPORTE ACUTICO

DATOS PERSONALES

Apellidos y nombres _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Cédula de Identidad _____ Edad _____

ANTECEDENTES MÉDICO QUIRÚRGICOS

(Marcar con una X y llenar con letra de imprenta)

Intervenciones quirúrgicas: Si ___ No ___ Cuáles y Fechas _____

	Si	No
Dolores de Cabeza		
Alergias		
Dolores de pecho		
Pérdida de la visión		
Daltonismo		
Hipertensión		
Convulsiones		
Afecciones cardíacas		
Hernias		
Fallas auditivas		

	Si	No
Enfermedad en riñones		
Enfermedad venérea		
Diabetes		
Dificultad al respirar		
Tuberculosis		
Fracturas		
Epilepsia		
Fuma		
Ingiera alcohol		
Otras enfermedades		

Otras enfermedades: _____

En caso de haber alguna afirmación, explique en que consiste: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre, padece alguna enfermedad: _____

Padre, padece alguna enfermedad: _____

Otros antecedentes de enfermedades: _____

Grupo Sanguíneo _____ Rh⁺ _____

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: Máx. _____ min. _____ Pulso Arterial _____

Temperatura Oral _____ Peso Corporal _____ Talla _____

EXAMEN FÍSICO
(STCW 78/95 – B 1/9)

APTITUD FÍSICA: Se debe dejar constancia que el aspirante no adolece de ningún defecto o enfermedad que pueda impedir el movimiento y la realización de actividades físicas normales tales como:

Mantiene el Equilibrio
Sube y baja escaleras
Salva obstáculos de hasta 60 cm
Habilidad Manual
Sensibilidad Dactilar
Alcanza objetos por encima de hombros
Gatea
Puede acucillarse
Puede arrodillarse
Puede encorvarse

SI	NO

Resultados:

Cumple: _____ **No Cumple:** _____

Observaciones y/o Recomendaciones: _____

Nombre y Apellido del Médico: _____

M.S.A.S.: _____ C.M.: _____

Teléfono: _____

Firma y sello del Médico

EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO: Donde se deje constancia de cumplir con las normas mínimas de agudeza auditiva y foniatría:

Agudeza Auditiva _____ Equilibrio _____

Laringe _____ Otros _____

Resultado:

Cumple: _____ **No Cumple:** _____

Observaciones y/o Recomendaciones: _____

Nombre y Apellido del Médico: _____

M.S.A.S.: _____ C.M.: _____

Teléfono: _____

Firma y sello del Médico

EXAMEN VISUAL: Se debe dejar constancia que el aspirante cumple con las normas mínimas de agudeza visual, y se de fe de no poseer enfermedades oculares o afecciones como el daltonismo:

Balance muscular _____ Visión Cromática _____
Pupilas _____ Visión Periférica _____
Agudeza Visual _____ Percepción de Profundidad _____
Otros _____

Visión	N/Corrg	Correg
OJO DER	20/	20/
OJO IZQ	20/	20/
AMBOS	20/	20/

Resultado:

Cumple: _____ **No Cumple:** _____

Observaciones y/o Recomendaciones: _____

Nombre y Apellido del Médico: _____
M.S.A.S: _____ C.M.: _____
Teléfono: _____

Firma y sello del Médico

DECLARACION: (Solo para el Aspirante)

Declaro que los datos consignados son verdaderos, y estoy en conocimiento que cualquier omisión o falsedad de los mismos, que pudiera afectar mi embarque en cualquier buque mercante, es de mi entera y absoluta responsabilidad, con las consecuencias de la aplicación del Reglamento Estudiantil de la UMC:

Firma del Aspirante: _____
Nombre y Apellido _____
C.I. _____

Sí el aspirante es menor de edad, su representante legal deberá firmar esta declaración:

Firma del Representante legal: _____
Nombre y Apellidos: _____
C.I. _____