



**FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE DE INGENIERÍA MARÍTIMA / TSU TRANSPORTE ACUÁTICO**  
**(Este certificado es expedido por la UMC)**

**(2) DATOS PERSONALES**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>			
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD</b>		<b>EDAD</b>	

**(3) ANTECEDENTES MÉDICO QUIRÚRGICOS**

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	SI	NO	CUÁLES Y FECHAS		
				SI	NO
Dolores de Cabeza			Enfermedad en riñones		
Alergias			Enfermedad venérea		
Dolores de pecho			Diabetes		
Pérdida de la visión			Dificultad al respirar		
Daltonismo			Tuberculosis		
Hipertensión			Fracturas		
Convulsiones			Epilepsia		
Afecciones cardíacas			Fuma		
Hernias			Ingiere alcohol		
Fallas auditivas			Otras enfermedades		

**EN CASO DE HABER ALGUNA AFIRMACIÓN, EXPLIQUE EN QUÉ CONSISTE LA ENFERMEDAD**

**(4) ANTECEDENTES FAMILIARES**

<b>MADRE, PADECE ALGUNA ENFERMEDAD</b>			
<b>PADRE, PADECE ALGUNA ENFERMEDAD</b>			
<b>OTROS ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES</b>			
<b>GRUPO SANGUÍNEO</b>		<b>FACTOR RH</b>	

**(5) SIGNOS VITALES**

<b>TENSIÓN ARTERIAL</b>	<b>MÁX.</b>		<b>MIN.</b>		<b>PULSO ARTERIAL</b>	
<b>TEMPERATURA ORAL</b>			<b>PESO CORPORAL</b>		<b>TALLA</b>	

**(6) EXAMEN FÍSICO (STCW- Manila 2010)**

**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:

	SI	NO
<b>Mantiene el Equilibrio</b>		
<b>Sube y baja escaleras</b>		
<b>Salva obstáculos de hasta 60 cm</b>		
<b>Habilidad Manual</b>		
<b>Sensibilidad Dactilar</b>		



**FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE DE INGENIERÍA MARÍTIMA / TSU TRANSPORTE ACUÁTICO**  
**(Este certificado es expedido por la UMC)**

<b>Alcanza objetos por encima de hombros</b>			
<b>Gatea</b>			
<b>Puede acuclillarse</b>			
<b>Puede arrodillarse</b>			
<b>Puede encorvarse</b>			
Presenta el(a) estudiante examinado(a) alguna restricción o limitación relacionada a la aptitud física con respecto a los estándares de la sección 1/9 del Código STCW (Manila 2010)		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES</b>			
<b>NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO</b>			
<b>M.S.A.S</b>		<b>C.M.</b>	<b>TELÉFONO</b>
<b>FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO</b>			
<b>(7) EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO</b>			
Donde se deje constancia de cumplir con las normas mínimas de agudeza auditiva y foniatría:			
<b>AGUDEZA AUDITIVA</b>		<b>EQUILIBRIO</b>	
<b>LARINGE</b>		<b>OTROS</b>	
<b>RESULTADOS</b>	<b>CUMPLE</b>		<b>NO CUMPLE</b>
<b>OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES</b>			
<b>NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO</b>			
<b>M.S.A.S</b>		<b>C.M.</b>	<b>TELÉFONO</b>
<b>FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO</b>			
<b>(8) EXAMEN VISUAL</b>			
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:			
<b>Balance muscular</b>		<b>Visión Cromática</b>	
<b>Pupilas</b>		<b>Visión Periférica</b>	
<b>Agudeza Visual</b>		<b>Percepción de Profundidad</b>	
Otros			



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL MARÍTIMA DEL CARIBE  
SECRETARÍA GENERAL  
COORDINACIÓN DE ARCHIVO GENERAL Y CONTROL ESTADÍSTICO  
UNIDAD DE ARCHIVO

REG-SEG-CAGCE-UA-001  
Formulario: UA-001  
Fecha: 13/12/2018  
Cambio:00  
(1) Pág.:3/3

**FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE DE INGENIERÍA MARÍTIMA / TSU TRANSPORTE ACUÁTICO**  
**(Este certificado es expedido por la UMC)**

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	
<b>FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO</b>					
(9) DECLARACIÓN					
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.					
NOMBRE Y APELLIDO		C.I.		FIRMA DEL ASPIRANTE	
Sí el aspirante es menor de edad, su representante legal deberá firmar esta declaración					
NOMBRE Y APELLIDO		C.I.		FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE DE INGENIERÍA MARÍTIMA /  
TSU TRANSPORTE ACUÁTICO  
FORMULARIO: UA-001**

**A. Objetivo:**

Verificar que el aspirante cumpla con las condiciones médicas requeridas para ingresar a las carreras de Ingeniería Marítima y TSU Transporte Acuático, según los lineamientos del STCW (Manila-2010).

**B. Instrucciones para el registro de la información:**

1. **Pág.:** Coloque el número de página que corresponda, en relación al total de la misma. Ejemplo: 1/2, 2/2.
2. **Datos personales:** Coloque nombre, apellido del estudiante, lugar de nacimiento, día, mes y año respectivo así como también su número de cédula y la edad.
3. **Antecedentes médico quirúrgicos:** Marque con una equis (x) la opción que corresponda, de conformidad con las enfermedades que padece el estudiante, según sea el caso.
4. **Antecedentes familiares:** Coloque, de ser el caso, la enfermedad que padece el padre y/o la madre del estudiante además del grupo sanguíneo y el factor RH.
5. **Signos vitales:** Coloque los niveles del aspirante en cuanto a: tensión, temperatura, pulso, peso y talla.
6. **Examen físico:** Marque con una equis (x) la opción que corresponda, de conformidad con el defecto o enfermedad que pueda impedir el movimiento y la realización de actividades físicas normales, según sea el caso y además coloque datos(apellidos, nombre, M.S.A.S., C.M., teléfono y firma ) del médico que hace la evolución
7. **Examen otorrinolaringológico:** Marque con una equis (x) la opción que corresponda, de conformidad con las normas mínimas de agudeza auditiva o foniatría y además coloque datos (apellidos, nombre, M.S.A.S., C.M., teléfono y firma ) del médico que hace la evolución
8. **Examen visual:** Marque con una equis (x) la opción que corresponda, de conformidad que cumple con las normas mínimas de agudeza visual, y se de fe de no poseer enfermedades oculares o afecciones como el daltonismo y además coloque datos (apellidos, nombre, M.S.A.S., C.M., teléfono y firma ) del médico que hace la evolución
9. **Declaración:** Coloque nombre, apellido cedula y firma del aspirante, en caso de ser menor de edad coloque nombre, apellido cedula y firma del representante.