



FICHA MÉDICA
INGENIERÍA MARÍTIMA / TSU TRANSPORTE ACUÁTICO

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		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		

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 VISUAL: Se debe dejar constancia que el aspirante cumple con las normas mínimas de agudeza visual, y se debe 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. _____