

WWW.ESCUELANAVAL.CL

**ADMISIÓN 2023**

WWW.ESCUELANAVAL.CL

**6 AÑOS  
ACREDITADA**  
HASTA DICIEMBRE DE 2024  
GESTIÓN INSTITUCIONAL - DOCENCIA PREGRADO  
VINCULACIÓN CON EL MEDIO



**SE BUSCAN**

**NUEVOS  
HÉROES**

**CARTILLA  
EXÁMENES MÉDICOS Y DENTALES  
DE PRESELECCIÓN**

admision.escuelanaval.cl

# INSTRUCCIONES GENERALES



Estimado(a) postulante:

Junto con felicitarlo(a) por haber llegado hasta esta etapa, por favor lea detenidamente las instrucciones que se presentan en la siguiente cartilla y sígalas paso por paso.

## DESCRIPCIÓN

En la siguiente cartilla encontrará los formularios que deberá utilizar para realizar los exámenes médicos y dentales previo a su presentación para control de medicina preventiva de la Armada como parte de la etapa de preselección.

Los formularios médicos y dentales que se incluyen en la presente cartilla son los siguiente:

- Lista de chequeo
- Formulario N°1 “Evaluación dental”
- Formulario N°2 “Evaluación oftalmológica”
- Formulario N°3 “Evaluación otorrinolaringológica”
- Formulario N°4 “Cuestionario médico”
- Formulario N°5 “Certificado médico”
- Formulario N°6 “Exámenes de médico general”

Estos formularios deberán ser entregados en la Escuela Naval de acuerdo a las instrucciones que se detallarán a continuación y en la fecha que se indique oportunamente.

# PROCEDIMIENTO

## PASO N°1 – IMPRESIÓN DE LOS FORMULARIOS.

Para comenzar, imprima la presente cartilla que contiene la lista de chequeo y formularios médicos indicados y posteriormente revísela en detalle, esto le permitirá conocer los exámenes médicos, dentales y de laboratorio que deberá realizarse.

## PASO N°2 – SOLICITUD DE HORAS MÉDICAS.

Solicite las horas médicas con los especialistas que se indican en los respectivos formularios y realícese los exámenes.

## PASO N°3 – COMPROBACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO.

Utilice la lista de chequeo que se incluye al comienzo de esta cartilla para comprobar que no le falte ningún examen de requisito.

## PASO N°4 – ORGANIZACIÓN DE EXÁMENES Y CONFECCIÓN DE SOBRES.

Consiga seis sobres para guardar sus documentos médicos siguiendo el orden y marcado que se indican a continuación y rotúlelos con nombre completo y RUN:

### **Sobre N°1, marcado como “Exámenes de medicina general”:**

- 1) Cuestionario médico (Formulario N°4).
  - a. Uremia.
  - b. Glicemia.
  - c. Hemograma - VHS.
  - d. Creatinemia.
  - e. V.D.R.L.
  - f. Orina Completa.
  - g. Test de Elisa (VIH).
  - h. Grupo sanguíneo.
- 2) Resultados exámenes de Laboratorio y Banco de sangre:
- 3) Electrocardiograma de Reposo con informe.
- 4) Radiografía con Placas o CD en original, en copia sólo el informe.
- 5) Evaluación Oftalmología (Formulario N°2).

### **Sobre N°2, marcado como “Exámenes de otorrino”:**

- 1) Evaluación otorrinolaringología (Formulario N°3).
- 2) Audiometría.
- 3) Impedanciometría con informe.
- 4) Radiografía Senos Paranasales: original con placas o CD e informe.

**Sobre N°3, marcado como “Exámenes dentales”:**

- 1) Evaluación Dental (Formulario N°1).
- 2) Radiografía Panorámica: original con placas o CD e informe, en copia sólo informe.
- 3) Radiografías Bite-Wing Bilateral: original con Placas o CD e informe, en copia sólo informe.

**PASO N°5 – CONFECCIÓN DE SOBRES CON COPIAS.**

Utilizando los tres sobres restantes, coloque en su interior las copias de la documentación médica de acuerdo al mismo orden y rotulado indicado en el paso anterior, especificando que son copias. En estos sobres no se incluyen copias de placas o CD.

**PASO N°6 – CONSOLIDACIÓN Y DESPACHO DE DOCUMENTACIÓN.**

- 1) Selle los seis sobres, verificando que se encuentren todos rotulados con los nombres, apellidos y RUN del postulante.
- 2) Utilizando una corchetera, adjunte por fuera del sobre de “exámenes de medicina general”, el original de la lista de chequeo. Realice esto mismo con la copia del sobre de “exámenes de medicina general” y de la lista de chequeo.
- 3) Empaque los seis sobres, márkuelos indicando remitente y destinatario y asegúrese de que sea recibido satisfactoriamente en el Departamento de Admisión de la Escuela Naval “Arturo Prat” antes de la fecha que oportunamente se indique.



# LISTA DE CHEQUEO EXÁMENES MÉDICOS



## DATOS DEL POSTULANTE:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	R.U.N.
------------------	------------------	---------	--------

### INSTRUCCIONES

- 1) Utilice la siguiente lista de chequeo para verificar y asegurarse que tenga la totalidad de los exámenes médicos y dentales solicitados completados previo a su despacho.
- 2) Durante la comprobación, ordene los exámenes de acuerdo al listado.
- 3) Todas las radiografías deben ser acompañadas de su informe correspondiente, certificadas y entregadas por el especialista del área.

- 1.-  CUESTIONARIO MÉDICO (FORMULARIO N°4).
- 2.-  UREMIA.
- 3.-  GLICEMIA.
- 4.-  HEMOGRAMA – VHS.
- 5.-  CREATINEMIA.
- 6.-  V.D.R.L.
- 7.-  ORINA COMPLETA.
- 8.-  TEST DE ELISA (V.I.H.)
- 9.-  GRUPO SANGUÍNEO.
- 10.-  ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO CON INFORME.
- 11.-  RADIOGRAFÍA CON PLACA O CD EN ORIGINAL E INFORME – TÓRAX FRONTAL / LATERAL.

- 12.-  RADIOGRAFÍA CON PLACA O CD EN ORIGINAL E INFORME – COLUMNA TOTAL CON TÉCNICA DE ESCOLIOSIS.
- 13.-  RADIOGRAFÍA CON PLACA O CD EN ORIGINAL E INFORME – AXIAL DE RÓTULA.
- 14.-  EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA (FORMULARIO N°2).
- 15.-  INFORME DE CAMPO VISUAL CON EXAMEN PARA REVISIÓN.
- 16.-  EVALUACIÓN OTORRINOLARINGOLÓGICA (FORMULARIO N°3).
- 17.-  AUDIOMETRÍA.
- 18.-  IMPEDANCIOMETRÍA CON INFORME.
- 19.-  RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES ORIGINAL CON PLACAS O CD E INFORME.
- 20.-  EVALUACIÓN DENTAL (FORMULARIO N°1).
- 21.-  RADIOGRAFÍA PANORÁMICA ORIGINAL CON PLACA O CD E INFORME.
- 22.-  RADIOGRAFÍA “BITE WING” BILATERAL ORIGINAL CON PLACA O CD E INFORME.
- 23.-  CERTIFICADO MÉDICO (FORMULARIO N°5).
- 24.-  VERIFICAR QUE LOS FORMULARIOS TENGAN SUS DATOS Y FIRMAS COMPLETADAS Y LAS PLACAS O CD DE RADIOGRAFÍAS ESTÉN CORRECTAMENTE ROTULADOS CON NOMBRE, RUN Y TIPO DE EXAMEN QUE CONTIENEN.
- 25.-  **FOTOCOPIA DE TODOS LOS EXÁMENES INDICADOS EN LOS PUNTOS ANTERIORES (EXCEPTO PLACAS O CD) INCLUIDA ESTA LISTA DE CHEQUEO COMPLETADA.**

En \_\_\_\_\_, con fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

---

**FIRMA PADRE O APODERADO**

---

**FIRMA POSTULANTE**

# FORMULARIO N°1 EVALUACIÓN DENTAL RADIOLÓGICA



## DATOS DEL POSTULANTE:

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>R.U.N.</b>

### INSTRUCCIONES

La siguiente ficha debe ser llenada por el odontólogo que examinará al postulante.

### REQUISITOS

Para completar esta ficha, el postulante debe contar con las siguientes radiografías, las cuales deben ser tomadas antes de efectuarse el examen clínico:

- 1) "Bite Wing" (aleta mordida) bilateral de los dientes posteriores.
- 2) Dental panorámica – Ortopantomografía.

### A. EXAMEN EXTRAORAL:

	SI	NO
a) ASIMETRÍA FACIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) CICATRICES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) GANGLIOS PALPABLES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LUGAR: \_\_\_\_\_

	NORMAL	ALTERADA
d) A.T.M.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SIGNOS O SÍNTOMAS: \_\_\_\_\_

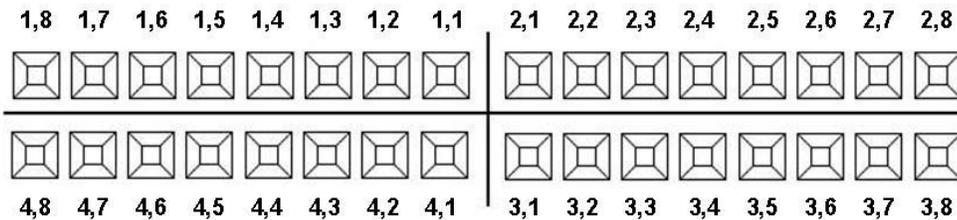
**B. EXAMEN INTRAORAL:**

	NORMAL	ALTERADO
a) FONDO DE VESTÍBULO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ENCÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) MUCOSAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) PALADAR DURO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) PALADAR BLANDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) LENGUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) PISO DE BOCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ERUPCIÓN TERCEROS MOLARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) BRUXISMO	<input type="checkbox"/> (NO)	<input type="checkbox"/> (SI)
j) OCLUSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EJEMPLOS DE TIPOS DE ALTERACIÓN:**

- 1) Clase II o III de "Angle".
- 2) Mordida cruzada.
- 3) Overbite u overjet alterado.
- 4) Mordida bis a bis.
- 5) Mordida abierta.

**C. DENTOGRAMA:**



AZUL: RESTAURACIÓN  
ROJO: CARIES

ROJO: RESTAURACIÓN  
DEFECTUOSA

AZUL: PRÓTESIS FIJA TERMINADA  
(NO EN ETAPA PROVISORIA)

ROJO: AUSENTE  
(CONSIDERAR DIENTES INCLUIDOS)

SEMI INCLUIDO

**D. ÍNDICES:**

4.1.- C.O.P.:

No considerar exodoncias por indicación ortodóncica o de terceros molares.

**C O P**

TOTAL: \_\_\_\_\_

4.2.- C.P.I.T.N.:

0 = Periodonto sano.

1 = Necesidad de instrucción de higiene bucal.

2 = Necesidad de destartrajesupragingival.

3 y 4 = Necesidad de destartrajesupragingival y pulido radicular.

**I II III**

TOTAL: \_\_\_\_\_

(anotar el valor más alto del examen)

**VI V IV**

**E. RESOLUCIÓN FINAL:**

SE CONSIDERARÁN "APTOS" LOS PACIENTES QUE CUMPLAN LO SIGUIENTE:

Sin patologías buco maxilofaciales incompatibles con el servicio, sin tratamientos odontológicos defectuosos, sin enfermedad periodontal activa, sin caries, sin restauraciones defectuosas ni provisionarias, sin restos radiculares, sin tratamientos de prótesis fija inconclusos.

**APTO**

**NO APTO**

**DATOS DEL MÉDICO EXAMINADOR:**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>
<b>Nº REGISTRO COLEGIO MÉDICO</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>FECHA</b>

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR**  
**R.U.N.**

# CERTIFICADO ODONTOLÓGICO EXAMINADOR

El Odontólogo examinador del proceso de postulación a la Escuela Naval "Arturo Prat", certifica que el postulante \_\_\_\_\_ R.U.N. \_\_\_\_\_, se encuentra en tratamiento odontológico en la(s) siguiente(s) especialidad(es), la(s) cual(es) no afecta(n) su condición de APTO odontológicamente. Además, indica la necesidad de tratamiento de patología(s) que no afectan su condición de APTO odontológicamente en la(s) siguiente(s) especialidad(es):

	EN TRATAMIENTO	NECESITA TRATAMIENTO
CIRUGÍAS (TERCEROS MOLARES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERIODONCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORTODONCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCLUSIÓN (BRUXISMO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**FIRMA DEL ODONTÓLOGO EXAMINADOR**  
**R.U.N., FECHA**

# DECLARACIÓN DE SALUD BUCAL DEL POSTULANTE

*Si el postulante es menor de edad, esta declaración debe ser firmada por uno de los padres o apoderados.*

En Valparaíso, con fecha \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, Yo, \_\_\_\_\_

R.U.N. \_\_\_\_\_, actualmente participante del proceso de postulación a la ESCUELA NAVAL "ARTURO PRAT", declaro que a la fecha me encuentro en tratamiento dental en la(s) especialidad(es) que se señala(n) a continuación de esta declaración, el (los) cual(es) deberá(n) estar finalizado(s), en caso de ser seleccionado en el proceso de postulación, antes de la fecha recogida a la Escuela Naval.

En la eventualidad de que algún(os) tratamiento(s) que no afecte(n) mi condición de APTO odontológicamente, finalice(n) una fecha posterior a la recogida en la ESCUELA NAVAL "ARTURO PRAT" serán mis padres o apoderados los responsables de su financiamiento, el (los) cual(es) deberá(n) realizarse en forma particular, no siendo responsabilidad de la Escuela Naval su ejecución ni los costos asociados a ellos.

La(s) patología(s) buco maxilofacial(es) diagnosticada(s) que requiera(n) tratamiento, y que no afecta(n) mi condición de APTO odontológicamente, señalada(s) a continuación de esta declaración, deberá(n) ser tratada(s) en forma particular, siendo mis padres o apoderados los responsables de su financiamiento, no siendo responsabilidad de la Escuela Naval su ejecución ni costos asociados a ellos.

---

**PADRE O APODERADO**  
**(postulante menor de edad)**

---

**POSTULANTE**

# INTERCONSULTA

*Se entrega este formulario en caso que el postulante requiera tratamiento dental.*

NOMBRE DEL PACIENTE : \_\_\_\_\_

R.U.N. : \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_\_

Se solicita efectuar tratamiento en las siguientes especialidades:

*Marcar con una "X" la especialidad y detallar el tratamiento solicitado.*

CIRUGÍA : \_\_\_\_\_

PERIODONCIA : \_\_\_\_\_

OPERATORIA : \_\_\_\_\_

OCLUSIÓN : \_\_\_\_\_

ORTODONCIA : \_\_\_\_\_

OTRA : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA ODONTÓLOGO EXAMINADOR**  
**R.U.N.**



3.- **VISIÓN DE PROFUNDIDAD:**  
"Stereopsis"


4.- **CAMPO VISUAL:**


5.- **OBSERVACIONES DE MÉDICO:**


**DATOS DEL MÉDICO EXAMINADOR:**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>
<b>Nº REGISTRO COLEGIO MÉDICO</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>FECHA</b>

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR**  
**R.U.N.**

# FORMULARIO N°3 EVALUACIÓN MÉDICA OTORRINOLARINGÓLOGO



## DATOS DEL POSTULANTE:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	R.U.N.

### INSTRUCCIONES

El presente documento debe ser llenado por el médico examinador especialista en otorrinolaringología. De existir algún hallazgo de importancia debe ser consignado en la hoja de evaluación.

### REQUISITOS

Para completar esta ficha, el postulante debe contar con los siguientes exámenes:

- 1) Audiometría.
- 2) Impedanciometría con informe.
- 3) Radiografía Senos Paranasales: original con placas o CD e informe, en copia sólo informe.

#### A. EXAMEN:

	SI	NO
AUDIOMETRÍA: TODOS LOS PARÁMETROS IGUAL O MENOR A 25 dB.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMPEDANCIOMETRÍA: DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISFONÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISLALIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESPASMOFEMIA (TARTAMUDEZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OÍDOS****SI****NO**

CONDUCTOS AUDITIVOS NORMALES

TÍMPANOS NORMALES

PABELLONES AURICULARES NORMALES

**NARIZ****SI****NO**

PERFORACIÓN DEL TABIQUE NASAL

PÓLIPOS NASALES

TUMOR NASAL

**BOCA****SI****NO**

LESIONES MUCOSA

TUMOR ORAL

**FARINGE****SI****NO**

LESIÓN MUCOSA

TUMOR FARÍNGEO

**CUELLO****SI****NO**

AUMENTO DE VOLUMEN

ASIMETRÍA DE CUELLO

**B. HALLAZGOS:**


**DATOS DEL MÉDICO EXAMINADOR:**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>
<b>Nº REGISTRO COLEGIO MÉDICO</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>FECHA</b>

---

**FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR**  
**R.U.N.**

# FORMULARIO N°4 CUESTIONARIO MÉDICO



## DATOS DEL POSTULANTE:

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>R.U.N.</b>

## INSTRUCCIONES

Marque con una cruz (X) los casilleros que a continuación se muestran según corresponda.

### A. ANTECEDENTES FAMILIARES:

	SI	NO		OBSERVACIONES
DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN Y CUÁNDO?	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN Y CUÁNDO?	
ENF. CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN Y CUÁLES?	
ENF. HEMATOLÓGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN Y CUÁNDO?	
DISLIPIDEMIAS (ALTERACIÓN DEL COLESTEROL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN Y CUÁNDO?	
TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN Y CUÁNDO?	
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN?	
CÁNCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN?	
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUÁL Y QUIÉN?	
DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN Y CUÁNDO?	
CRISIS ANSIOSAS O DE PÁNICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN Y CUÁNDO?	
OTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUIÉN Y QUÉ?	

**B. ANTECEDENTES DEL POSTULANTE:**

**1) INGESTA DE ALCOHOL:**

NUNCA    OCASIONAL    HABITUAL                      VECES POR SEMANA    VECES POR MES

                                                                 →                                           

**2) TABAQUISMO:**

NUNCA                      OCASIONAL                      REGULAR                      INTENSIVO

0 A 5 CIGARRILLOS A LA SEMANA    6 A 10 CIGARRILLOS A LA SEMANA    MÁS DE 10 CIGARRILLOS A LA SEMANA

**3) INDIQUE LAS DROGAS QUE HA CONSUMIDO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES:**

¿CUÁL O CUALES?	FRECUENCIA CONSUMO

SI    NO

**EN EL CASO DE ANFETAMINAS O BENZODIAZEPINAS, CUENTA CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA:**

**4) SE HA PROVOCADO DAÑOS FÍSICOS, INTENTADO SUICIDARSE O HA AMENAZADO CON HACERLO. SI SU RESPUESTA ES "SI", DETALLE CÓMO Y CUÁNDO:**


**5) USO DE MEDICAMENTOS:**

	SI	NO	NOMBRE Y DOSIS
DE USO HABITUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CON INDICACIÓN MÉDICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SIN INDICACIÓN MÉDICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SUPLEMENTO ALIMENTARIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROTEÍNAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANTICONCEPTIVO ORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PARA LA CONCENTRACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**C. ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES:**

PATOLOGÍAS	SI	NO	OBSERVACIONES
ALERGIAS ALIMENTARIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RINITIS ALÉRGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALERGIA A LOS MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENFERMEDADES CRÓNICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SOPLO CARDÍACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ARRITMIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANEMIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS O DE LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LEUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEMORRAGIAS DIGESTIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ULCERA DIGESTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COLITIS ULCEROSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIPOTIROIDISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIPERTIROIDISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEPATITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PARÁLISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CRISIS DE PÁNICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DÉFICIT ATENCIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TRAUMATISMO O ACCIDENTES DE IMPORTANCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
JAUQUECAS O MIGRAÑAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EPILEPSIA O CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENFERMEDADES RENALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PIE PLANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FRACTURAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LUXACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTERACIONES A LA COLUMNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTITIS A REPETICIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DISCROMATOPSIA (ALTERACIÓN DE LA VISIÓN DE LOS COLORES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIPOACUSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MAREOS EN BUSES, BUQUE O AVIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANOREXIA, BULIMIA U OTRO TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MALFORMACIÓN EN MANOS, CODOS, CADERAS, RODILLAS O PIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENFERMEDAD REUMÁTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENURESIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FOBIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AMPUTACIONES PARCIALES O COMPLETAS DE ALGUNA EXTREMIDAD O PARTE DE ELLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VISIÓN BORROSA Y/O DOBLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**PATOLOGÍAS (SOLO POSTULANTES MASCULINOS)**

**SI NO**

**OBSERVACIONES**

QUISTES O TUMORES TESTICULARES

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

FIMOSIS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

CRIPTORQUIDEA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

VARICOCELE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<b>PATOLOGÍAS (SOLO POSTULANTES FEMENINAS)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
QUISTES O TUMORES DE MAMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
REGLAS MUY ABUNDANTES O IRREGULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENDOMETRIOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
QUISTES OVÁRICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PATOLOGÍA DE MAMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AUSENCIA DE REGLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EMBARAZO PREVIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EMBARAZO ACTUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**A CONTINUACIÓN, DETALLE OTROS ANTECEDENTES DE SALUD QUE NO HAYAN SIDO CONSIDERADOS EN EL PRESENTE CUESTIONARIO:**


**DECLARO BAJO PROMESA O JURAMENTO QUE LOS DATOS QUE HE VERTIDO EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y QUE NO HE OCULTADO ANTECEDENTES MÉDICOS.**

*La comprobación de falsedad de alguno de los datos consignados, o la omisión deliberada de antecedentes mórbidos, dará derecho a la Armada de Chile para rechazar su ingreso a la Institución o licenciarle, si ya se encuentra en Servicio Activo.*

En \_\_\_\_\_, con fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PADRE O APODERADO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA POSTULANTE**

# FORMULARIO N°5 CERTIFICADO MÉDICO



## DATOS DEL POSTULANTE:

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>R.U.N.</b>

### EL MÉDICO EXAMINADOR INFRASCRITO, CERTIFICA:

Haber efectuado un completo examen médico general, el cual determina que el(la) postulante a la Escuela Naval "Arturo Prat" indicado(a) en el encabezado del presente formulario, no presenta impedimento físico, ni psicológico para poder rendir el "examen de capacidad física de ingreso", el cual consiste en las siguientes pruebas:

- 1.- 100 METROS PLANOS.
- 2.- TEST DE COOPER.
- 3.- TEST DE RECHAZO VERTICAL.
- 4.- NATACIÓN (50 METROS LIBRES).
- 5.- FLEXIONES DE BRAZO EN LA BARRA.

### OBSERVACIONES DEL MÉDICO EXAMINADOR:


### DATOS DEL MÉDICO EXAMINADOR:

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>
<b>N° REGISTRO COLEGIO MÉDICO</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>FECHA</b>

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR**  
**R.U.N.**

# **FORMULARIO N°6** **EVALUACIÓN MÉDICO** **GENERAL**



Al presentarse a evaluación con médico general, solicitar orden de realización de los siguientes exámenes que a continuación se indican:

## **1) Exámenes de laboratorio.**

- Uremia.
- Glicemia.
- Hemograma - VHS.
- Creatinemia.
- V.D.R.L.
- Orina Completa.
- Test de Elisa (VIH).
- Grupo Sanguíneo.

## **2) Electrocardiograma de Reposo con informe.**

## **3) Radiografía con Placas o CD en original, en copia sólo el informe.**

- Tórax Frontal - Lateral.
- Columna total con técnica de escoliosis, con medición del ángulo de COBB.
- Axial de rótula.