WWW.ESCUELANAVAL.CL



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 Nº1 “Evaluación dental”**
- **Formulario Nº2 “Evaluación oftalmológica”**
- **Formulario Nº3 “Evaluación otorrinolaringológica”**
- **Formulario Nº4 “Cuestionario médico”**
- **Formulario Nº5 “Certificado médico”**
- **Formulario Nº6 “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 Nº1 – 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 Nº2 – SOLICITUD DE HORAS MÉDICAS.

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

Otra alternativa, es ir a su médico general con todo el cuadernillo médico/dental y solicitarle las interconsultas - ya con los formularios dados.

PASO Nº3 – 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 Nº4 – 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 Nº1, 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.
   i. Perfil Lipídico
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). Informe de Campo Visual con informe.

Sobre Nº2, 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 Nº3, marcado como "Exámenes dentales":

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

PASO Nº5 – CONFECCIÓN DE SOBRES CON COPIAS.

Utilizando los tres sobres restantes, confeccione copia del sobre N° 1, N° 2 y N°3 colocando 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 digital. Solo debe venir los informes.**
Empaque los seis sobres en un envoltorio exterior más grande, de manera que sean recibidos como un solo paquete. Este envoltorio puede confeccionarlo usted mismo.

PASO Nº6 – CONSOLIDACIÓN Y DESPACHO DE DOCUMENTACIÓN.

1) Selle los seis sobres, verificando que se encuentren todos rotulados con sus nombres, apellidos y RUN.

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, colóquelos en un envoltorio más GRANDE, márquelos indicando remitente y destinatario.** Asegúrese que sea recibido satisfactoriamente en el Departamento de Admisión de la Escuela Naval "Arturo Prat" antes de la fecha que oportunamente se indique.

Nota: Todos los informes deberán estar firmados y timbrados por el médico examinador que realice los respectivos exámenes.

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 Nº4).

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 Nº2).

15.- ☐ INFORME DE CAMPO VISUAL CON EXAMEN PARA REVISIÓN.

16.- ☐ EVALUACIÓN OTORRINOLARINGOLÓGICA (FORMULARIO Nº3).

17.- ☐ AUDIOMETRÍA.

18.- ☐ IMPEDANCIOMETRÍA CON INFORME.

19.- ☐ RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES ORIGINAL CON PLACAS O CD E **INFORME**.

20.- ☐ EVALUACIÓN DENTAL (FORMULARIO Nº1).

21.- ☐ RADIOGRAFÍA PANORÁMICA ORIGINAL EN PLACA, DIGITAL O IMPRESA E **INFORME**.

22.- ☐ RADIOGRAFÍA "BITE WING" BILATERAL ORIGINAL CON PLACA, DIGITAL O IMPRESA E **INFORME**.

23.- ☐ CERTIFICADO MÉDICO (FORMULARIO Nº5).

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) INCLUIDA ESTA LISTA DE CHEQUEO COMPLETADA.**

En _____, con fecha _____ de _____ de 20_____

_____ **FIRMA PADRE O APODERADO**

_____ **FIRMA POSTULANTE**

FORMULARIO Nº1
EVALUACIÓN DENTAL RADIOLÓGICA



DATOS DEL POSTULANTE:

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

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.

1.- EXAMEN EXTRAORAL:

	SI	NO
a) ASIMETRÍA FACIAL	☐	☐
b) CICATRICES	☐	☐
c) GANGLIOS PALPABLES	☐	☐

LUGAR: _____

	NORMAL	ALTERADA
d) A.T.M.:	☐	☐

SIGNOS O SÍNTOMAS: _____

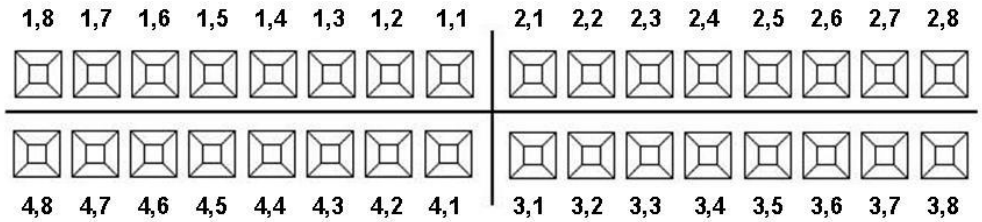
2.- EXAMEN INTRAORAL:

		NORMAL	ALTERADO
a)	FONDO DE VESTÍBULO	☐	☐
b)	ENCÍAS	☐	☐
c)	MUCOSAS	☐	☐
d)	PALADAR DURO	☐	☐
e)	PALADAR BLANDO	☐	☐
f)	LENGUA	☐	☐
g)	PISO DE BOCA	☐	☐
h)	ERUPCIÓN TERCEROS MOLARES	☐	☐
i)	BRUXISMO	☐	☐
		(NO)	(SI)
j)	OCLUSIÓN	☐	☐

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.

3.- DENTOGRAMA:



AZUL: RESTAURACIÓN
ROJO: CARIES

ROJO: RESTAURACIÓN DEFECTUOSA

AZUL: PRÓTESIS FIJA TERMINADA
(NO EN ETAPA PROVISORIA)

ROJO: AUSENTE
(CONSIDERAR DIENTES INCLUIDOS)

SEMI INCLUIDO

4.- 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 destartraje supragingival.
3 y 4 = Necesidad de destartraje supragingival y pulido radicular.

I	II	III
☐	☐	☐
☐	☐	☐
VI	V	IV

TOTAL:_____
(anotar el valor más alto del examen)

5.- 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 provisorias, sin restos radiculares, sin tratamientos de prótesis fija inconclusos.

APTO	NO APTO
☐	☐

DATOS DEL EXAMINADOR:

APELLIDO PATERNO	**APELLIDO MATERNO**	**NOMBRES**
Nº REGISTRO SUPERINTENDENCIA DE SALUD	**CIUDAD**	**FECHA**

_____
FIRMA DEL EXAMINADOR Y TIMBRE
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)	☐	☐
PERIODONCIA	☐	☐
ORTODONCIA	☐	☐
OCLUSIÓN (BRUXISMO)	☐	☐

_____

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.



FORMULARIO Nº2
EXAMEN OFTALMOLÓGICO

DATOS DEL POSTULANTE:

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

El médico infrascrito certifica haber efectuado el examen oftalmológico al postulante a la Escuela Naval ya identificado, cuyo resultado es el siguiente:

A.- AGUDEZA VISUAL:
Sin anteojos correctores.

V.O.D. : _____

V.O.I. : _____

O.D. : _____ esf _____ cyl.

O.I. : _____ esf _____ cyl.

B.- VISIÓN DE COLORES:
Tabla "Ishihara"

Errores detectados: láminas Nº:

C.- VISIÓN DE PROFUNDIDAD:
"Stereopsis"

D.- CAMPO VISUAL:

E.- OBSERVACIONES DE MÉDICO:

DATOS DEL MÉDICO EXAMINADOR:

APELLIDO PATERNO	**APELLIDO MATERNO**	**NOMBRES**
Nº REGISTRO COLEGIO MÉDICO	**CIUDAD**	**FECHA**

FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR
R.U.N.

FORMULARIO Nº3
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.

1.- EXAMEN:

	SI	NO
AUDIOMETRÍA: TODOS LOS PARÁMETROS IGUAL O MENOR A 25 dB.	☐	☐
IMPEDANCIOMETRÍA: DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES.	☐	☐
DISFONÍA	☐	☐
DISLALIA	☐	☐
ESPASMOFEMIA (TARTAMUDEZ)	☐	☐

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	☐	☐

2.- HALLAZGOS:

DATOS DEL MÉDICO EXAMINADOR:

APELLIDO PATERNO	**APELLIDO MATERNO**	**NOMBRES**
Nº REGISTRO COLEGIO MÉDICO	**CIUDAD**	**FECHA**

_____

FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR
R.U.N.

ARMADA DE CHILE
ESCUELA NAVAL "ARTURO PRAT"
DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN



FORMULARIO Nº4
CUESTIONARIO MÉDICO

DATOS DEL POSTULANTE:

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

INSTRUCCIONES

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

- **PRESENTAR CERTIFICADO MEDICO DE PATOLOGÍAS ANTERIORES**

A.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

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

B.- ANTECEDENTES DEL POSTULANTE:

1) INGESTA DE ALCOHOL:

NUNCA	OCASIONAL	HABITUAL		VECES POR SEMANA	VECES POR MES
☐	☐	☐	→	☐	☐

2) TABAQUISMO:

NUNCA	OCASIONAL 0 A 5 CIGARRILLOS A LA SEMANA	REGULAR 6 A 10 CIGARRILLOS A LA SEMANA	INTENSIVO 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: DE USO HABITUAL

	SI	NO	NOMBRE Y DOSIS
CON INDICACIÓN MÉDICA	☐	☐	
SIN INDICACIÓN MÉDICA	☐	☐	
SUPLEMENTO ALIMENTARIOS	☐	☐	
PROTEÍNAS	☐	☐	
ANTICONCEPTIVO ORAL	☐	☐	
PARA LA CONCENTRACIÓN	☐	☐	

C.- ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES:

PATOLOGÍAS	SI	NO	OBSERVACIONES
ALERGIAS ALIMENTARIAS			
RINITIS ALÉRGICA			
ALERGIA A MEDICAMENTOS			
ASMA			
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DISLIPIDEMIA			
TUBERCULOSIS			
SOPLO CARDÍACO			
ARRITMIAS			
ANEMIAS			
ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS O DE LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA			
LEUCEMIA			
HEMORRAGIAS DIGESTIVAS			
ULCERA DIGESTIVA			
COLITIS ULCEROSA			
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
HIPOTIROIDISMO			
HIPERTIROIDISMO			
HEPATITIS			
DIABETES			
PARÁLISIS			
DEPRESIÓN			
CRISIS DE PÁNICO			
TRASTORNO DE PERSONALIDAD			
DÉFICIT ATENCIONAL			

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

PATOLOGÍAS (SOLO POSTULANTES MASCULINOS)	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
QUISTES O TUMORES TESTICULARES			
FIMOSIS			
CRIPTORQUIDEA			
VARICOCELE			

PATOLOGÍAS (SOLO POSTULANTES FEMENINAS)	SI	NO	OBSERVACIONES
QUISTES O TUMORES DE MAMAS			
REGLAS MUY ABUNDANTES O IRREGULARES			
ENDOMETRIOSIS			
QUISTES OVÁRICOS			
PATOLOGÍA DE MAMAS			
AUSENCIA DE REGLA			
EMBARAZO PREVIO			
EMBARAZO ACTUAL			

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, OBLIGÁNDOME A PRESENTAR FIELMENTE EN ESTE FORMULARIO TODOS LOS ANTECEDENTES MÉDICOS Y/O PSICOLÓGICOS QUE HAN AFECTADO MI SALUD, INDEPENDIENTEMENTE QUE ACTUALMENTE ME ENCUENTRE CURADO.

En caso de haber tenido alguna condición médica y/o psicológica de la que ya me encuentro de alta, tomo conocimiento que debo adjuntar respectivo certificado en el que se indique diagnóstico, tratamiento realizado y alta médica.

Adicionalmente, en caso de tener algún cambio en mi condición de salud en el período de tiempo entre la presentación de esta declaración y mi posible ingreso a la Escuela en el mes de enero del próximo año, me obligo a informar de la manera más expedita posible al Departamento de Admisión, debiendo entregar certificado.

LA COMPROBACIÓN DE FALSEDAD DE ALGUNO DE LOS DATOS CONSIGNADOS, O LA OMISIÓN DELIBERADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS Y/O PSICOLÓGICOS, DARÁ DERECHO A LA ARMADA DE CHILE PARA RECHAZAR SU INGRESO A LA INSTITUCIÓN O LICENCIARLE, SI YA SE ENCUENTRA EN SERVICIO ACTIVO, SIN OBLIGACIÓN ALGUNA DE EXPRESAR MOTIVO.

En _____, con fecha _____ de _____ de 20_____

_____ **FIRMA PADRE O APODERADO**

_____ **FIRMA POSTULANTE**



FORMULARIO Nº5
CERTIFICADO MÉDICO

DATOS DEL POSTULANTE:

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

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:

APELLIDO PATERNO	**APELLIDO MATERNO**	**NOMBRES**
Nº REGISTRO COLEGIO MÉDICO	**CIUDAD**	**FECHA**

FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR
R.U.N.

FORMULARIO Nº6
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.