

CERTIFICADO MÉDICO MARÍTIMO VENEZOLANO / VENEZUELAN MEDICAL MARITIME CERTIFICATE				
SECCIÓN A. DATOS PERSONALES / PERSONAL INFORMATION			Form-INEA-21-000-5	
Nro. de Historia Médica: Medical History No		Nro. de Certificado: Certificate No		Tipo de Sangre: Blood Type
Apellidos/Surname:		Nombres/Name:		Sexo: ☐ M ☐ F Sex: ☐ M ☐ F
Cédula de Identidad N°/Passport E () V ():		Talla/Height _____ Mts Peso/Weight _____ Kgs	IMC/BMI:	Edad: Age
Evaluación para trabajar como: Examination for duty as ☐ CAPITAN / MASTER ☐ OFICIAL DE CUBIERTA / DECK OFFICER. ☐ OFICIAL DE MAQUINAS / ENGINEERING OFFICER. ☐ OFICIAL DE RADIO / RADIO OPERATOR. ☐ PERSONAL DE APOYO/RATING ☐ OTROS /OTHERS _____		Lugar y Fecha de Nacimiento / Place and date of birth: _____ _____ Dirección/Address: _____ Teléfono / Phone: _____ E-mail: _____		
SECCIÓN B. PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO / FILLED BY THE DOCTOR				
Audiometría según Sección A I/9. (STCW 78/10) / Audiometry in accordance of standards of section AI/9.		Sin audífonos normal / No hearing aids Si /Yes ☐ No/Not ☐ ¿La audición satisface las normas de la sección AI/9? / Hearing meets the standards of section AI/9? Si /Yes ☐ No/Not ☐		
Visiometría Según Sección AI/9. (STCW 78/10) /Visiometry in accordance of standards of Section AI/9		¿La agudeza visual cumple con la norma? / Visual acuity meets the standards? Si/Yes ☐ No/Not ☐		
OJO /eve	NO CORREGIDA	CORREGIDA	TEST ISHIHARA	
DERECHO Right	20/	20/	¿La visión cromática cumple con la norma? Color Vision meets the standards? Si/Yes ☐ No/Not ☐	
IZQUIERDO Left eye	20/	20/	Fecha de la última prueba de visión cromática / Date of last color vision test: _____	
AMBOS OJOS Both eyes	20/	20/		
SECCIÓN C. APTITUD / APTITUDE				
¿La persona examinada es apta para cometidos de vigía? / The examinee is suitable for tasks watch? Si/Yes ☐ ; No/Not ☐ (Especifique / Specify): _____				
¿La persona examinada presenta alguna restricción o limitación respecto a la aptitud física? / The examined presents any restrictions or limitations regarding physical fitness? Si/Yes ☐ (Especifique / Specify): _____ No/Not ☐				
Evaluación Cardiológica/Cardiac Evaluation (Mayor de 40 años) Si/Yes ☐ No/Not ☐		Exámenes complementarios/Complementary Exams Si/Yes ☐ (Anexar al reverso) No/Not ☐		
¿La persona examinada se encuentra libre de cualquier afección que pueda agravarse por el servicio en el mar e incapacitarse a consecuencia de su desempeño, o capaz de poner en peligro la vida de terceros a bordo? /The person is free from any condition likely to be aggravated by service at sea or incapacitate as result of work or represent danger to the health of other persons on board? Si/Yes ☐ ; No/Not ☐ (Especifique / Specify): _____				
SECCIÓN D. VALIDEZ DEL CERTIFICADO / CERTIFICATE VALIDITY				Huella Dactilar del Marino / Finger Print
Confirmo que he sido informado sobre el contenido del presente certificado/ Confirm that I have been informed about the content of this certificate		Firma del Marino examinado / Seafarer Signature:		
Fecha de Expedición/ Date of issued:	Nombre del Médico/Physician Name:	Firma del Médico/Physician Signature	Sello del Médico / Stamp:	
Fecha de Vencimiento/ Expiration Date:	Dirección /Address:			

Decreto con fuerza de Ley de Marinas y Actividades Conexas Artículo 283. Los titulares y poseedores de Licencias y Permisos a que se refiere este Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley, deberán presentar al Instituto Nacional de los Espacios Acuáticos, el certificado médico marítimo que evidencie su aptitud física y mental para realizar las labores propias de sus respectivas funciones a bordo de buques. El reglamento regulará todo lo referente a este certificado.

DESCRIBA LA OBSERVACIÓN SEGÚN LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE

DESCRIBE THE OBSERVATION ACCORDING TO THE CORRESPONDING SECTION

N° HISTORIA MÉDICA/ Medical History No:**N° CERTIFICADO/** Certificate No:**SECCIÓN B)****AUDIOMETRÍA/** Audiometry**SECCIÓN C)****EVALUACIÓN CARDIOLÓGICA Y RX TORAX/** Cardiac Evaluation and Thorax X**SALUD MENTAL/** Mental Health**EXAMENES DE LABORATORIO/** Laboratory Tests**OTROS/** Others**LIMITACIÓN O RESTRICCIÓN/** Limitation or restriction.**APTITUD/** Aptitude**OBSERVACIONES/** Observations

Firma y Sello del Médico/ Physician Signature and Stamp

Firma del Marino/ Seafarer Signature

Decreto con fuerza de Ley de Marinas y Actividades Conexas Artículo 283. Los titulares y poseedores de Licencias y Permisos a que se refiere este Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley, deberán presentar al Instituto Nacional de los Espacios Acuáticos, el certificado médico marítimo que evidencie su aptitud física y mental para realizar las labores propias de sus respectivas funciones a bordo de buques. El reglamento regulará todo lo referente a este certificado.