**FICHA MÉDICA PARA EMBARCO EN UNIDADES ARMADA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE: | | |
| EDAD: | | |
| RUT : | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: | | |
| PARENTESCO: | | |
| TELÉFONO DE CONTACTO: | | |
|  |  |  |
| ¿TIENE UD. ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE, CUÁL? | **SI** | **NO** |
|  | | |
|  |  |  |
| ¿SE HA SOMETIDO A ALGUNA OPERACIÓN? | **SI** | **NO** |
|  | | |
|  |  |  |
| ¿TOMA UD. ALGÚN MEDICAMENTO O ESTÁ EN ALGÚN TRATAMIENTO IMPORTANTE, CUÁL? | **SI** | **NO** |
|  | | |
|  |  |  |
| ¿SU SALUD Y ESTADO FÍSICO SON COMPATIBLES PARA EFECTUAR EMBARCO, NAVEGACIÓN Y POSTERIOR DESEMBARCO EN BUQUE DE LA ARMADA DE CHILE? | **SI** | **NO** |
|  |  |  |
| DECLARO QUE LOS ANTECEDENTES ENTREGADOS SON VERDADEROS Y QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN CON RESPECTO A MI ESTADO DE SALUD ACTUAL, LIBERANDO A LA ARMADA DE TODA RESPONSABILIDAD POR ALGÚN DAÑO FÍSICO QUE PUEDA OCURRIR DURANTE EL VIAJE AL HABER OMITIDO ALGUNA INFORMACIÓN DE IMPORTANCIA. | | |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Firma | Estampar huella digital |
| Nombre completo |
| Cédula Nacional de Identidad |