**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  |