**FICHA MÉDICA PARA EMBARCO EN CRUCERO**

**CONICYT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Edad: |  |
| Rut: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Teléfono: |  |
| Celular: |  |
| Dirección: |  |
| Ciudad: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: |  |
| Parentesco: |  |
| Teléfonos: |  |
| e-mail de contacto: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Previsión: |  |
| Seguro Médico | Sí \_\_ No\_\_ | Compañía:  | N° de Póliza: |
| GRUPO SANGUÍNEO: |  |

Por favor, indique con una X la columna que corresponda y detallar brevemente. ¿Padece o alguna vez padeció alguna de las siguientes enfermedades/condiciones?:

|  | **SI** | **NO** |
| --- | --- | --- |
| ENFERMEDADES IMPORTANTES : ESPECIFIQUE: |  |  |
| OPERACIONESESPECIFIQUE: |  |  |
| ALERGIAS (picaduras o mordeduras de insectos, plantas, alimentos y/o medicamentos)ESPECIFIQUE: |  |  |
| HIPERTENSIÓN:ESPECIFIQUE: |  |  |
| DIABETES ESPECIFIQUE: (tipo I ó II) |  |  |
| PATOLOGÍAS CARDÍACASESPECIFIQUE: |  |  |
| PATOLOGÍAS HEPÁTICASESPECIFIQUE: |  |  |
| PATOLOGÍAS RENALES:ESPECIFIQUE: |  |  |
| EPILEPSIAESPECIFIQUE: |  |  |
| ASMAESPECIFIQUE: |  |  |
| CÁNCERESPECIFIQUE: |  |  |
| VIH |  |  |
| PROBLEMAS KINESIOLÓGICOS CRÓNICOS ESPECIFIQUE: (luxaciones, esguinces, lumbago, etc): |  |  |
| ANGUSTIA O DEPRESIÓNESPECIFIQUE: |  |  |
| FOBIAS: (espacios cerrados, espacios abiertos, etc)ESPECIFIQUE:  |  |  |
| OTRAS ENFERMEDADES:ESPECIFIQUE: |  |  |
| ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA (meses)ESPECIFIQUE: |  |  |
| TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTOESPECIFIQUE: (dosis y horarios) |  |  |
| Cualquier persona con medicación diaria debe asegurarse de viajar con dosis correspondientes a un período mayor al de su estadía en el Buque y debe saber administrársela a sí misma. Se recomienda contar con dosis personales de medicamentos para el resfrío, afecciones de garganta o similares dado que algunos medicamentos tales como antibióticos específicos que sólo se pueden obtener con receta médica no se encuentran a bordo. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACERCA DE SU TIPO DE VIDA:** | **SI** | **NO** |
| FUMA |  |  |
| HA TENIDO PROBLEMAS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL |  |  |
| CONSUME DROGAS |  |  |
| REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DEPORTIVA (2 ó 3 veces por semana) |  |  |

1. Declaro tener ESTADO DE SALUD FÍSICO Y MENTAL compatibles para efectuar embarco, trabajos oceanográficos en turnos de día y noche, navegación y posterior desembarco en Buque de la Armada de Chile.
2. 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA