

## ANEXO I

## Formato para registro de reconocimiento de la Gente de Mar

Nombre (apellidos y nombres de pila): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (día/mes/año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo:  masculino  femenino

Dirección particular: \_\_\_\_\_

Método de confirmación de la identidad, por ejemplo, número de pasaporte/núm. De libreta de servicio o cualquier otro documento de identidad pertinente:  
\_\_\_\_\_Sección (puente/máquinas/radiocomunicaciones/manipulación de alimentos/otros)  
\_\_\_\_\_

Tareas rutinarias y de emergencia (si se conocen): \_\_\_\_\_

Tipo de buque (por ejemplo, portacontenedores, buque tanque, de pasaje, graneleros)  
\_\_\_\_\_Zona de navegación (por ejemplo, costera, tropical, en todo el mundo):  
\_\_\_\_\_*Declaración personal de la persona que se somete a examen  
(El personal médico debería prestar ayuda)*

¿Ha padecido alguna vez alguna de las siguientes afecciones?

Afección	Si	No
1. Problemas de los ojos/visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Enfermedades cardíacas/vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Operación del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Venas varicosas/hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Asma/bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Trastornos de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Trastornos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Trastornos de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enfermedades infecciosas/contagiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afección	Si	No
16. Problemas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Problemas del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Fuma, ingiere alcohol o usa drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Operaciones/cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Epilepsia/crisis parciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mareos/desvanecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Pérdida de la conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Problemas siquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Fuertes dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Problemas del oído (audición, tinnitus)/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Limitación de la movilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Problemas de la espalda o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Fracturas/dislocaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores fue «sí», sírvase dar detalles.

Otras preguntas	Sí	No
35. ¿Alguna vez le han dado de baja por enfermedad o lo han enviado a su país de origen estando embarcado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Alguna vez lo han hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Alguna vez lo han declarado no apto para el trabajo en el mar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Alguna vez han impuesto limitaciones a su certificado médico o se lo han revocado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Sabe si tiene algún problema médico, dolencias o enfermedades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Se siente saludable y en condiciones para desempeñar las tareas del puesto/ocupación que se le ha designado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Es alérgico a alguna medicina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

Otras preguntas	Sí	No
42. ¿Está tomando alguna medicina prescrita o que no requiere receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De ser así, sírvase enumerar las medicinas y el propósito y las dosis.

Certifico que la declaración personal que he formulado es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma de la persona que se somete al examen: \_\_\_\_\_

Fecha (día/mes/año): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Testigo (firma): \_\_\_\_\_

Nombre (a máquina o en letra de imprenta) : \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo la entrega de todos mis expedientes médicos anteriores en posesión de profesionales de la salud, instituciones de salud y autoridades públicas al Dr. \_\_\_\_\_ (el médico aprobado).

Firma de la persona que se somete al examen: \_\_\_\_\_

Fecha (día/mes/año): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Testigo (firma): \_\_\_\_\_

Nombre (a máquina o en letra de imprenta) : \_\_\_\_\_

Fecha y detalles de contacto relativos al reconocimiento médico previo (si se conocen): \_\_\_\_\_

**Reconocimiento médico****Visión**

Uso de anteojos o lentes de contacto: Sí/No (si la respuesta es «Sí», indíquese el tipo y la finalidad): \_\_\_\_\_

*Agudeza visual*

Sin corrección			Con corrección		
Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular
A distancia					
A corta distancia					

*Campos visuales*

	Normal	Defectuoso
Ojo derecho		
Ojo izquierdo		

*Visión cromática*

Sin probar       Normal       Dudosa       Defectuosa

**Audición**

Tono puro y audiometría (valores umbrales en dB)

Oído derecho

Oído izquierdo

*Prueba del habla y del susurro (metros)*

	Normal	Susurro
Oído derecho		
Oído izquierdo		

**Datos clínicos**

Altura: \_\_\_\_\_ (cm)    Peso: \_\_\_\_\_ (kg)

Frecuencia del pulso: \_\_\_\_\_ /(minute)    Ritmo: \_\_\_\_\_

Presión arterial: Sistólica: \_\_\_\_\_ (mm Hg)    Diastólica: \_\_\_\_\_ (mm Hg) Análisis

de orina: Glucosa: \_\_\_\_\_    Proteína: \_\_\_\_\_    Sangre: \_\_\_\_\_

	Normal	Anormal
Cabeza		
Senos paranasales, nariz, garganta		
Boca/dientes Oídos		
(general) Membrana		
timpánica Ojos		
Oftalmoscopia		
Pupilas		
Movimiento ocular		
Pulmones y tórax		
Examen de mama		
Corazón		
Piel		
Venas varicosas		
Vascular (inc. pulsos pedios)		
Abdomen y vísceras		
Hernias		
Ano (excluye examen rectal)		
Sistema genitourinario		
Extremidades superiores e inferiores		
Columna vertebral (vértebras cervicales, dorsales y lumbares)		
Neurológico (exhaustivo/breve)		
Psiquiátrico		
Apariencia general		

**Radiografía del tórax**

No se hizo       Se hizo el (día/mes/año): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultados:

\_\_\_\_\_

**Otra u otras pruebas de diagnóstico y resultados**

Prueba: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Observaciones y evaluación de la aptitud del médico, con razones para cualquier limitación:

\_\_\_\_\_

**Evaluación de la aptitud para el servicio en el mar**

Sobre la base de la declaración de la persona examinada, mi reconocimiento clínico y los resultados de la pruebas de diagnóstico mencionados más arriba, declaro que, a efectos médicos, la persona examinada es:

Apta para el servicio de vigia

No apta para el servicio de vigia

	Servicios de cubierta	Servicios de máquinas	Servicios de fonda	Otros
Apta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No apta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sin restricciones	<input type="checkbox"/> Con restricciones	Obligación de llevar lentes correctoras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Sírvase describir las restricciones (por ejemplo, puesto de trabajo específico, categoría de buque, zona de operaciones)

Fecha de expiración del certificado médico (día/mes/año): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



Fecha de expedición del certificado médico (día/mes/año): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Número de certificado médico: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Información sobre el médico (nombre, número de licencia, dirección):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANEXO II****Formato de certificado médico de la gente de mar**

 <p>REPUBLICA DE NICARAGUA MINISTERIO DE TRANSPORTE E INFRAESTRUCTURA DIRECCIÓN GENERAL DE TRANSPORTE ACUÁTICO AUTORIDAD MARÍTIMA Y PORTUARIA NACIONAL</p>	<p>NICARAGUAN REPUBLIC MINISTRY OF TRANSPORT E INFRAESTRUCTURE DIRECTORATE GENERAL OF AQUATIC TRANSPORT MARITIME AND PORT AUTHORITY</p> 
<p><b>CERTIFICADO MÉDICO DE LA GENTE DE MAR</b> <b>Medical Fitness Standards Certificate for Seafarers</b></p>	
<p>Este certificado se emite de conformidad con las disposiciones de la regla I/9 del Convenio STCW, 1978, enmendado y certifica que la gente de mar es apta para el servicio en el mar.</p> <p>This certificate is issued in accordance with the provisions of the regulation I/9 of the 1978 STCW Convention, as amended and the standard, and certifies that seafarers are fit for sea service.</p>	

**Datos del marino**

Seafarer information

Apellido <i>Sumame</i>	Nombre <i>Name</i>	Cedula/ Pasaporte N° <i>Id. Number</i> <i>Passport N°</i>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento <i>Date of Birth</i>	Nacionalidad <i>Nationality</i>	Sexo <i>Gender</i>	
Día/ <i>Day</i> <input type="text"/>	Mes/ <i>Month</i> <input type="text"/>		

**Declaración de médico reconocido***Statement of the medical practitioner*

	Yes	No
¿Confirmación de que se examinaron los documentos de identidad en el lugar de examen? <i>Confirmation that identification documents were checked at the point of examination?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La audición satisface la norma estándar? <i>Hearing meets the standards?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es satisfactoria la audición sin ayuda? <i>Unaided hearing satisfactory?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La agudeza visual cumple con la norma estándar? <i>Visual acuity meets standards?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La visión cromática cumple con la norma estándar? <i>Colour vision meets standard?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Fecha de la última prueba de visión cromática (Día/Mes/Año) ____/____/____ <i>Date of the last color vision test (Day/Month/Year)</i>		
¿Apto para cometidos de vigía? <i>Fit for look out duties?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existen limitaciones o restricciones respecto de la aptitud física? Si la respuesta es "sí", dar detalles de las limitaciones o restricciones <i>Limitations or restrictions on fitness? If "yes", specify limitations or restrictions.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está el marino libre de cualquier afección médica que pueda verse agravada por el servicio en el mar o incapacitarle para el desempeño de tal servicio o poner en peligro la salud de otras personas a bordo? <i>Is the seafarer free from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or to render the seafarer unfit for such service or to endanger the health of other person on board?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confirmando que he sido informado sobre el contenido del presente certificado y sobre el derecho a solicitar una revisión del dictamen, con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 6 de la sección A-I/9. <i>I hereby, confirm that I have been informed about the content of this certificate and of the right to a review in accordance with the paragraph 6 of section A-I/9.</i>	Firma de la Gente de Mar <i>Seafarer's Signature</i>	

**Datos del médico que lo expide***Information of the issuing medical practitioner*

<b>Fecha de emisión</b> <i>Date of issue</i>	
<b>Fecha de expiración</b> <i>Date of expiry</i>	
<b>Nombre del médico reconocido</b> <i>Date of the recognized medical practitioner</i>	

Firma y sello del médico reconocido <i>Signature and stamp of the recognized medical practitioner.</i>
---

El original de este certificado deberá estar disponible durante el servicio a bordo.

*The original of this certificate must be available during the on board service.*

En caso de pérdida de este certificado, el titular debería notificar a la Autoridad Marítima y Portuaria de Nicaragua.

*In case of loss of this certificate, the holder should notify the Nicaraguan Maritime and Port Authority.*