



RESOLUCION No. 0334-AD-85

Lima, 16 de Julio de 1985

Visto el Oficio N°1022 de la Federación Peruana de Fútbol, que ha motivado el expediente N° 2820 ;

CONSIDERANDO

Que, la Federación recurrente solicita autorización para que la Delegación de la Academia Deportiva Cantolao La Punta, participe en el Torneo de Fútbol Infantil, del 20 de Julio al 06 de Agosto de 1985, a realizarse en Argentina ;

Con la opinión favorable de la Dirección Nacional de Deportes, Dirección Nacional de Medicina Del Deporte y Dirección Ejecutiva, de conformidad con el Artículo 9, Numeral 12 y Decreto Legislativo N° 328 ;

SE RESUELVE

Artículo Primero.- AUTORIZAR a la Federación Peruana de Fútbol para que la Delegación de la Academia Deportiva Cantolao La Punta, participe en el Torneo Infantil de Fútbol, del 20 de Julio al 06 de Agosto de 1985, a realizarse en ARGENTINA.

Artículo Segundo.- La nómina de la Delegación es la siguiente :

- Presidente Delegación : JORGE DEL BUSTO HERRERA
- Delegado : LUIS DE LOS HEROS FRENCH
- Jefe de Equipo : ARMANDO SZEJER RECK
- Entrenador : RICARDO ANGELES LEON
- Director Técnico : ROBERTO MARIUS FONSECA
- Kinesiólogo : MANUEL ENRIQUEZ ASENCIOS
- Técnico : GONZALO ALARCON BARATTA
- Acompañantes : CAP. de NAVIO ELEODORO ROVILLON S.
GLORIA SEGURA DE DEL BUSTO
CARMEN LEMA DE PHANG
ANNET JUSTO DE SEMPETEGUI
AIDA ZAMORA DE PORTOCARRERO
MARTINE ARAGONES DE SZEJER
GLORIA URSULA DEL BUSTO SEGURA
GISELLA DEL BUSTO SEGURA
JACQUELINE IDIAQUEZ ARAGONES



///...



RESOLUCION No. 0334-AD-85

Lima, 16 de Julio de 19 85

///...

JUGADORES :

LUIS MIGUEL ALVARADO JAIME
 JOSE ANTONIO CASTRO ECHECOPAR
 RENZO CROLLE CLAUX
 LUIS RAUL DE LOS HEROS GAMERO
 CARLOS DEL RIO CONTRERAS
 LUIGI FERRETTI SIME
 GUILLERMO IGLESIAS TEMPLE
 EDUARDO LECINANA FALCONI
 RICARDO PARRA MOLINA
 GONZALO PHANG LEMA
 CARLOS PASARA ARIAS
 MAURICIO SEMPETEGUI JUSTO
 MARCO SANTISTEBAN HURTADO
 IGNACIO TIRADO MELGAR
 LUIGI VILLA DELGADO
 GABRIEL SEMPETEGUI JUSTO
 MICHELLE SZEJER ARAGONES
 JOSE L. MERINO REYNA BUCHANAN

DIEGO BELLIDO CARRILLO
 DARKO CATTARINICH PONCE
 ITALO ADIAN CASTILLO DIAZ
 ANDRES DEL BUSTO SEGURA
 JOSE DIBOS CARAVEDO
 CHRISTIAN GOYZUETA MIENTE
 JAVIER LOSNO VALVERDE
 IGOR MARIACA ARREDONDO
 ALVARO PHANG LEMA
 MARKO PEROCHENA REATEGUI
 JULIO PORTOCARRERO ZAMORA
 GUSTAVO SEMPETEGUI JUSTO
 PEDRO R. SZEJER ARAGONES
 CHRISTIAN VELEZ SALVADOR
 RAUL ZEGARRA MIRANDA
 JORGE DEL BUSTO SEGURA
 RENZO SCHENONE JURADO DE LOS REYES
 EMILIO LAFFERRANDERIE ZAPPARIGLI

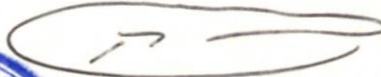
Artículo Tercero.- La actividad antes indicada no irroga gasto al Instituto Peruano del Deporte.

Regístrese y comuníquese.

EON, DINAD,
MMB, ad.



RODOLFO CREMER NICOLI
Jefe del Instituto Peruano del Deporte



Res. 0834-00-8 ✓

INSTITUTO NACIONAL DE RECREACION EDUCACION FISICA Y DEPORTES — IN RED — HOJA DE REGISTRO Y CONTROL		NOMBRE: 16/07/85 FED. PER. FUTBOL OF. 1022 de 04-7-85	NUMERO 2820 REF:
Fecha de INGRESO: 12/07/85		ASUNTO: Solicita autorización de salida del país para el Club Deportivo Cantolao La Punta, que viajará a Argentina a participar en el Torneo de Fútbol Infantil.	
Hora: 10:20 AM			
Numero de Folios: (02) dos			
Registrado por: RANNO			
Pase a:		<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR	No. 2820 No. de folio
Remitido por:		Observaciones:	
Recibido por:			
Fecha	Hora	5	

Pase a:		<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR	No. 2820 No. de folio
Remitido por:		Observaciones:	
Recibido por:			
Fecha	Hora	4	

Pase a:		<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR	No. 2820 No. de folio
Remitido por:		Observaciones:	
Recibido por:			
Fecha	Hora	3	

Pase a:		<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR	No. 2820 No. de folio
Remitido por:		Observaciones:	
Recibido por:			
Fecha	Hora	2	

Res 0234-00-85

INSTITUTO NACIONAL DE RECREACION EDUCACION FISICA Y DEPORTES — INRED — HOJA DE REGISTRO Y CONTROL		NOMBRE: <u>16/07/85</u> FED. PER. FUTBOL		NUMERO
Fecha de INGRESO: <u>12/07/85</u>		OF. 1022 de 04-7-85		REF:
Hora: <u>10:20 AM</u>	ASUNTO: Solicita autorización de salida del país para el Club Deportivo Cantolado La Punta, que viajará a Argentina a participar en el Torneo de Fútbol Infantil.			
Numero de Folios: <u>022 dos</u>				
Registrado por: <u>Raino</u>				
Pase a:				
Remitido por:	<input type="checkbox"/> ARCHIVO	<input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA	No. de folio	
Recibido por:	<input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/> TOMAR ACCION		
	<input type="checkbox"/> AUTORIZACION	<input type="checkbox"/> TRAMITAR		
Fecha	Hora	Observaciones:		5

Pase a:	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES	<input type="checkbox"/> INFORMAR	No.	
Remitido por:	<input type="checkbox"/> ARCHIVO	<input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA	No. de folio	
Recibido por:	<input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/> TOMAR ACCION		
	<input type="checkbox"/> AUTORIZACION	<input type="checkbox"/> TRAMITAR		
Fecha	Hora	Observaciones:		4

Pase a:	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES	<input type="checkbox"/> INFORMAR	No.	
Remitido por:	<input type="checkbox"/> ARCHIVO	<input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA	No. de folio	
Recibido por:	<input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/> TOMAR ACCION		
	<input type="checkbox"/> AUTORIZACION	<input type="checkbox"/> TRAMITAR		
Fecha	Hora	Observaciones:		3

Pase a:	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES	<input type="checkbox"/> INFORMAR	No.	
Remitido por:	<input type="checkbox"/> ARCHIVO	<input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA	No. de folio	
Recibido por:	<input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/> TOMAR ACCION		
	<input type="checkbox"/> AUTORIZACION	<input type="checkbox"/> TRAMITAR		
Fecha	Hora	Observaciones:		2

Pase a:	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES	<input type="checkbox"/> INFORMAR	No.	
Remitido por: <u>DINAD</u>	<input type="checkbox"/> ARCHIVO	<input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA	No. de folio	
<u>OTDA</u>	<input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/> TOMAR ACCION		
Recibido por: <u>Hector...</u>	<input type="checkbox"/> AUTORIZACION	<input type="checkbox"/> TRAMITAR	<u>02</u>	
Fecha <u>12.7.85</u>	Hora <u>10:53</u>	Observaciones:		1

FEDERACION PERUANA DE FUTBOL

MIEMBRO DE LA FEDERATION INTERNATIONALE DE FOOTBALL ASSOCIATION
Y DE LA CONFEDERACION SUDAMERICANA DE FUTBOL

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
Trámite Documentario
FOLIO No. 01
000

OFICINAS:
ESTADIO NACIONAL
CALLE JOSE DIAZ
PUERTA N° 4
TELEFONO 320517
CABLES:
"FEPEFUTBOL"



Lima, 4 de julio de 1985.



Sr. Rodolfo Cremer Nicoli
Jefe del Instituto Peruano
del Deporte

Asunto: Autorización salida del país.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para solicitarle con arreglo a lo dispuesto en el inciso 12 del Artículo 9° del Decreto Legislativo 328 - Ley General del Deporte, tenga a bien autorizar la salida del país de la Delegación del Club Deportivo Cantolao La Punta, que viajará a la República de Argentina, a participar en un Torneo de Fútbol Infantil, organizado por el Club Rosario Central.

La mencionada Delegación está integrada por las siguientes personas:

DIRIGENTES

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| - Del Busto Herrera, Jorge | (Presidente Delegación) |
| - Szejner Reck, Armando | (Jefe de Equipo) |
| - De los Heros French, Luis | (Delegado) |

CUERPO TECNICO

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| - Angeles León, Ricardo | (Entrenador) |
| - Marius Fonseca, Roberto | (Director Técnico) |
| - Enriquez Asencios, Manuel | (Kinesiólogo) |
| - Alarcón Baratta, Gonzalo | (Utilero) |

JUGADORES

- 1.- Alvarado Jaime, Luis Miguel
- 2.- Bellido Carrillo, Diego
- 3.- Castro Echeopar, José Antonio
- 4.- Cattarinich Ponce, Darko
- 5.- Crolle Claux, Renzo
- 6.- Castillo Díaz, Italo Adrián
- 7.- De los Heros Gamero, Luis Raúl
- 8.- Del Busto Segura Andrés
- 9.- Del Río Contreras, Carlos
- 10.- Dibos Caravedo, José
- 11.- Ferretti Sime, Luigi
- 12.- Goyzueta Miente, Christian
- 13.- Iglasias Temple, Guillermo
- 14.- Lafferranderie Zapparigli, Emilio José
- 15.- Losno Valverde, Javier
- 16.- Leciñana Falconí, Eduardo
- 17.- Mariaca Arredondo, Igor
- 18.- Merino Reyna Buchanan, José Luis
- 19.- Parra Molina, Ricardo
- 20.- Phang Lema Alvaro
- 21.- Phang Lema, Gonzalo
- 22.- Perochena Reátegui, Marko
- 23.- Pasara Arias, Carlos
- 24.- Portocarrero Zamora, Julio
- 25.- Sempertegui Justo, Mauricio
- 26.- Sempertegui Justo, Gustavo
- 27.- Santisteban Hurtado, Marco
- 28.- Szejner Aragonés, Pedro Richard

FEDERACION PERUANA DE FUTBOL

MIEMBRO DE LA FEDERATION INTERNATIONALE DE FOOTBALL ASSOCIATION
Y DE LA CONFEDERACION SUDAMERICANA DE FUTBOL

OFICINAS:
ESTADIO NACIONAL
CALLE JOSE DIAZ
PUERTA N° 4
TELEFONO 320517
CABLES:
"FEPEFUTBOL"

- 2 -

- 29.- Schenone Jurado de los Reyes, Renzo X
- 30.- Tirado Melgar, Ignacio
- 31.- Velez Salvador, Christian
- 32.- Villa Delgado, Luigi
- 33.- Zegarra Miranda Raúl.

Con este motivo, hago propicia la oportunidad para renovarle las seguridades de mi consideración más distinguida.

Atentamente,

Dr. Luis Vargas Hornes
PRESIDENTE



JQA/ycd

DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION DEPORTIVA

(HOJA DE TRAMITE)

AL :	AREA 1	AREA 2	AREA 3	AREA 4	AREA 5
FIRMA:					

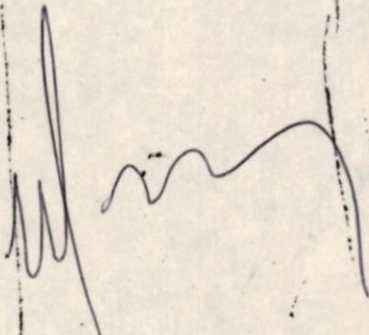
SE REMITE PARA:

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aprobado | <input type="checkbox"/> Su informe |
| <input type="checkbox"/> Su acción | <input type="checkbox"/> Su explotación |
| <input type="checkbox"/> Su estudio | <input type="checkbox"/> Su tramitación |
| <input type="checkbox"/> Su opinión | <input type="checkbox"/> Su devolución |
| <input type="checkbox"/> Su recomendación | <input type="checkbox"/> Preparar respuesta |
| <input type="checkbox"/> Su conocimiento | <input type="checkbox"/> Preparar proyecto |
| <input type="checkbox"/> Su consideración | <input type="checkbox"/> Su archivo |
| <input type="checkbox"/> Su investigación | <input type="checkbox"/> |

EL DIRECTOR:

05/07/25

DNPD/WIQ
fbl.



INSTITUTO NACIONAL DE RECREACION
EDUCACION FISICA Y DEPORTES

— IN R E D —

HOJA DE REGISTRO Y CONTROL

NOMBRE :

ACACEMIA DEPORTIVA CANTOLAO
LA PUNTA

CARTA S/N. de 1°-7-85

NUMERO

2723

REF:

Fecha de INGRESO: 04/07/85

Hora: 3:00 pm

Numero de Folios: (03) TRES

Registrado por: *Roulo*

ASUNTO:

Solicita Resolución para viaje
para la República Argentina.
Adjta. Relación de Deportistas
Cuerpo Técnico y Dirigentes a
la ARGENTINA.

Pase a:

ANTECEDENTES INFORMAR
 ARCHIVO PREP. RESPUESTA
 CONOCIMIENTO TOMAR ACCION
 AUTORIZACION TRAMITAR

No. 2723

Remitido por:

No. de folio

Recibido por:

Fecha

Hora

Observaciones:

5

Pase a:

ANTECEDENTES INFORMAR
 ARCHIVO PREP. RESPUESTA
 CONOCIMIENTO TOMAR ACCION
 AUTORIZACION TRAMITAR

No. 2723

Remitido por:

No. de folio

Recibido por:

Fecha

Hora

Observaciones:

4

INSTITUTO NACIONAL DE RECREACION EDUCACION FISICA Y DEPORTES — INRED — HOJA DE REGISTRO Y CONTROL		NOMBRE: ACACENIA DEPORTIVA CANTOLAO LA PUNTA CARTA S/N. de 1°-7-85	NUMERO REF:
Fecha de INGRESO: 04/07/85 Hora: 3 00 pm Numero de Folios: 1037265 Registrado por: <i>[Signature]</i>	ASUNTO: Solicita Resolución para viaje para la República Argentina, Adjta. Relación de Deportistas Cuerpo Técnico y Dirigentes a la ARGENTINA.		
Pase a: <i>[Signature]</i> Remitido por: Recibido por:	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR	No. No. de folio	5
Fecha Hora	Observaciones:		

Pase a: Remitido por: Recibido por:	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR	No. No. de folio	4
Fecha Hora	Observaciones:		

Pase a: <i>Deport.</i> Remitido por: <i>D. P. D.</i> Recibido por: <i>[Signature]</i>	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR	No. No. de folio	3
Fecha 09/07/85 Hora	Observaciones:		

Pase a: <i>Remoción de...</i> Remitido por: Recibido por: <i>[Signature]</i>	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR	No. No. de folio	2
Fecha 05-07-85 Hora	Observaciones:		

Pase a: SR. CREMER / JEFATURA Remitido por: O.T.D.A. Recibido por: <i>[Signature]</i>	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA <input checked="" type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR	No. No. de folio (03)	1
Fecha 04-7-85 Hora	Observaciones: Adjta. Relación de Dpoetistas.		



Academia Deportiva Cantolao La Punta

Procur. Defua

No figurar en las fechas del torneo

Procur. Defua

*- Emitir Resolución
- No significar
- egreso Al I.P.D.*

R. Cremer

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
MESA DE PARTES
05 JUL. 1985
RECIBIDO

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
MESA DE PARTES
04 JUL 1985
2723 3:00 pm
RECIBIDO

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
Trámite Documentario
FOLIO No. 01
2100

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
JEFATURA
04 JUL 1985
1682
RECIBIDO

Lima, Julio 1° de 1985.

Señor
Rudy Cremer
Jefe del Instituto
Peruano de Deporte
Ciudad.-

De nuestra especial consideración :

Conforme es de su conocimiento, el representante de nuestra Academia en la Categoría "1972" ha sido invitado a participar en un torneo de futbol infantil, organizado por el Club Rosario Central de la República Argentina en representación del Perú y al cual han sido invitados Clubes de los hermanos países de Brasil, Paraguay y Bolivia.

Por lo expuesto, rogamos a Ud. se sirva extender la resolución correspondiente, para que nuestra delegación, cuya relación adjuntamos a la presente, se haga beneficiaria de las exoneraciones del impuesto a los pasajes y salida al exterior.

Agradecemos a Ud. por la atención que se sirva darle a la presente.

Muy atentamente,

[Signature]
Eledoro Rouillón Sánchez
Vice Presidente - Academia
Deportiva Cantolao

c.c. : Federación Peruana de Futbol

Adj. : Lo indicado



Academia Deportiva Cantolao La Punta

RELACION DE DEPORTISTAS, CUERPO TECNICO Y DIRIGENTES A LA ARGENTINA

TITULO N° 10000
DEL C. D. N. T. E.
Trámite Documentario
FOLIO No. 02
dos

- 1.- Alvarado Jaime, Luis Miguel
- 2.- Bellido Carrillo, Diego
- 3.- Castro Echeopar, José Antonio
- 4.- Cattarinich Ponce, Darko
- 5.- Crolle Claux, Renzo
- 6.- Castillo Diaz, Italo Adrián
- 7.- De los Heros Gamero, Luis Raúl
- 8.- Del Busto Segura, Andrés
- 9.- Del Rio Contreras, Carlos
- 10.- Dibos Caravedo, José
- 11.- Ferretti Sime, Luigi
- 12.- Goyzueta Muenta, Christian
- 13.- Iglesias Temple, Guillermo
- 14.- Lafferranderie Zapparigli, Emilio José
- 15.- Losno Valverde, Javier
- 16.- Leciñana Falconí, Eduardo
- 17.- Mariaca Arredondo, Igor
- 18.- Merino Reyna Buchanan, José Luis
- 19.- Parra Molina, Ricardo
- 20.- Phang Lema, Alvaro
- 21.- Phang Lema, Gonzalo
- 22.- Perochena Reátegui, Marko
- 23.- Pasara Arias, Carlos
- 24.- Portocarrero Zamora, Julio
- 25.- Sempertegui Justo, Mauricio
- 26.- Sempertegui Justo, Gustavo
- 27.- Santisteban Hurtado, Marco
- 28.- Szejer Aragonés, Pedro Richard
- 29.- Schenone Jurado De los Reyes, Renzo
- 30.- Tirado Melgar, Ignacio
- 31.- Velez Salvador, Christian
- 32.- Villa Delgado, Luigi
- 33.- Zegarra Miranda, Raúl



Academia Deportiva Cantolao La Punta

INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE
Trámite Documental
FOLIO No. 03
TRES.

CUERPO TECNICO

- Angeles León, Ricardo (Entrenador)
- Marius Fonseca, Roberto (Director Técnico)
- Enriquez Asencios, Manuel (Kinesiólogo)
- Alarcón Baratta, Gonzalo (Utilero)

DIRIGENTES

- Del Busto Herrera, Jorge (Presidente de Delegación)
- Szejer Reck, Armando (Jefe de Equipo)
- De los Heros French, Luis (Delegado)
- Crolle Loro Piana, Giorgio (Padres de familia - Acompañantes)
- Del Busto, Gloria Segura (de) (" ")
- Phang, Carmen Lema (de) (" ")
- Sempertegui, Annet Justo (de) (" ")
- Portocarrero, Aida Zamora (de) (" ")
- Del Rio Catter, Manuel (" ")



Academia Deportiva Cantolao La Punta

Lima, 08 de Julio de 1985

Señor
Rudy Cremer
Jefe Instituto Peruano
del Deporte.
Ciudad .-

De nuestra consideración :

En ampliación a nuestra Carta de fecha 04 de Julio de 1985, les -
comunicamos que el Torneo se realizará desde el día 20 de Julio -
al día 06 de Agosto del presente año.

Sin otro particular por el momento, aprovechamos la oportunidad -
para quedar de Uds.,

Muy Atentamente,


Cmdte. Eleodoro Rouillón Sánchez
Vice - Presidente
Academia Deportiva "Cantolao"

/.



423

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATerno-NOMBRE ALVARADO Jaime Luis miguel			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO			3. IDENTIFICACION No.		
4. DIRECCION DOMICILIARIA El Paseo H-lo Viñas de la molina			5. OBJETO DEL EXAMEN			6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85		
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA			11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO		
12. FECHA DE NACIMIENTO 19 - 9 - 72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA	14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Oscar Alvarado Gamarra (Padre)			Tel. 283240 Idem.		
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL					
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:			TIEMPO EN DICHO TRABAJO:			ULTIMOS SEIS MESES:		

EVALUACION CLINICA

NOTAS. - Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (Incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (Incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier descripción de la personalidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. PELVIS (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																	OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES	
O. - Diente curable X. - Diente extraído [6 x 8]. - Puentes fijos																	I Z Q U I E R D A	
L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado removibles, incluyendo pilares																		
● - Diente curado																		
D E R E C H A																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Apto Dentalmente?	
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA								

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.63</i>		52. PESO <i>57</i>		53. COLOR PELO <i>N.</i>		54. COLOR OJOS <i>P.</i>		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			56. TEMPERATURA <i>N.</i>								
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) <i>70</i>													
SENTADO		SIST <i>100</i>		ECHADO		SIST		PARADO (3 min.)		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		2 MINUTOS DESPUES		ECHADO		DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
		DIAST <i>70</i>				DIAST													
59. VISION DE LEJOS						60. REFRACCION						61. VISION DE CERCA							
O D / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.							
O I / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.							
62. HETEROFORIA																			
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.		EP.		P.R.					
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.		P.P.		P.R.					
63. ACOMODACION				64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)				NO CORREGIDO							
O D												CORREGIDO							
O I				67. VISION NOCTURNA (met. usado)				68. LENTES ROJOS				69. TONOMETRIA (met. usado)							
66. CAMPO VISUAL																			
70. AUDICION						71. AUDIOMETRIA						72. EQUILIBRIO (test. usado)							
OIDO DERECHO / 15 cuchichada						250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000													
OIDO IZQUIERDO / 15 cuchichada						DER.													
						IZQ.													

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínica normal

Kalgecho
Jose Delgado Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.P. 4887

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE BELLIDO Carrillo Diego		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Av. Riconada del Lago La Molina 360			5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA	
11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO		12. FECHA DE NACIMIENTO 1-7-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO	
14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Angel Bellido (Padre) Idem. Tel. 363842		15. LUGAR DEL EXAMEN SEDE SOCIAL			
16. INFORMACION ADICIONAL		17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:			

TIEMPO EN DICHO TRABAJO: ULTIMOS SEIS MESES:

EVALUACION CLINICA

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓		19. NARIZ
✓		20. SENOS PARANASALES
✓		21. BOCA Y GARGANTA
✓		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓		23. TIMPANOS (Perforación)
✓		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓		25. OFTALMOSCOPIA
✓		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓		33. SISTEMA ENDOCRINO
✓		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
✓		37. PIES
✓		38. COLUMNA VERTEBRAL—MUSCULOS
✓		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓		40. PIEL, LINFATICOS
✓		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓		42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier descripción)
✓		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL (Mujeres solamente) (Marcar como se efectuó)

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)
 O.—Diente curable X.—Diente extraído (6 x 8).—Puentes fijos removibles, incluyendo pilares
 L.—Diente no curable XXX.—Reemplazado
 ●.—Diente curado

D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
E																
R																
E																
CH	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17
A																

OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES

¿Apto Dentalmente?

Si No

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD		46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)		47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)	
ALBUMINA	AZÚCAR	MICROSCOPIA			
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH		50. OTRAS PRUEBAS	

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.50</i>	52. P.F.S.O. <i>42 K</i>	53. COLOR PELO <i>C</i>	54. COLOR OJOS <i>Verdes</i>	55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>	56. TEMPERATURA <i>N.</i>
--------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------------------	--	------------------------------

57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón) _____ 58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) *70*

SENTADO	SIST <i>100</i>	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.
	DIAST <i>70</i>		DIAST		DIAST.					

59. VISION DE LEJOS			60. REFRACCION			61. VISION DE CERCA		
O D /20	CORREGIDO A /20		ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.	CIL.	
O I /20	CORREGIDO A /20		ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.	CIL.	

62. HETEROFORIA

LEJOS	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. CON.	RP.	P.R.
CERCA	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. DIV.	P.P.	P.R.

63. ACOMODACION	64. VISION DE COLORES (Método usado)	65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD	
O D		(Método usado)	
O I		NO CORREGIDO	
66. CAMPO VISUAL	67. VISION NOCTURNA (met. usado)	CORREGIDO	
		68. LENTES ROJOS	69. TONOMETRIA (met. usado)

70. AUDICION	71. AUDIOMETRIA	72. EQUILIBRIO (test. usado)																											
OIDO DERECHO /15 cuchichada	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>250</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>3000</td> <td>4000</td> <td>8000</td> <td>12000</td> </tr> <tr> <td>DER.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IZQ.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000	DER.									IZQ.									
	250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000																					
DER.																													
IZQ.																													
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada																													

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal


José Delgado Rojas
Médico-Cirujano
C.M.P. 4687

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE CASTRO Eshecopar José Antonio		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Av. Del Parque 150 La Planicie		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 30-1-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Luis Castro Pereja (Padre) Idem.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social		16. INFORMACION ADICIONAL Tel.: 359044			
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓		19. NARIZ
✓		20. SENOS PARANASALES
✓		21. BOCA Y GARGANTA
✓		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓		23. TIMPANOS (Perforación)
✓		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓		25. OFTALMOSCOPIA
✓		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓		33. SISTEMA ENDOCRINO
✓		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
✓		37. PIES
✓		38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
✓		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓		40. PIEL, LINFATICOS
✓		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓		42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier descripción de la personalidad)
	Mujeres solamente	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

41 DENTAL / Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O.— Diente curable X.— Diente extraído (6 x 8).— Puentes fijos L.— Diente no curable XXX.— Reemplazado removibles, incluyendo pilares ●.— Diente curado																OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z U I E R D A	¿Apto Dentalmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
E																		
R																		
E																		
CH																		
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.63</i>		52. PESO <i>52 K</i>		53. COLOR PELO <i>C</i>		54. COLOR OJOS <i>V. AZUL</i>		55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA <i>36.5</i>									
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón) <i>72</i>													
SENTADO		ECHADO		PARADO (3 min.)		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		DESPUES DE PARADO 3 Mins.									
SIST. <i>100</i> DIAST. <i>70</i>		SIST. DIAST.		SIST. DIAST.		SIST. DIAST.		2 MINUTOS DESPUES		ECHADO									
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA											
O D / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.									
O I / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.									
62. HETEROFORIA																			
LEJOS		ESO ^o		EXO ^o		H.D.		H.L.		DES. CON.									
CERCA		ESO ^o		EXO ^o		H.D.		H.L.		DES. DIV.									
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD												
O D							(Método usado)												
O I			67. VISION NOCTURNA (met. usado)				NO CORREGIDO												
66. CAMPO VISUAL							CORREGIDO												
							68. LENTES ROJOS												
							69. TONOMETRIA (met. usado)												
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA						72. EQUILIBRIO (test. usado)									
				250		500		1000		2000		3000		4000		8000		12000	
OIDO DERECHO /15 cuchichada				DER.															
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				IZQ.															

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínica Normal

J. Delgado
José Delgado Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.P. 4827

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

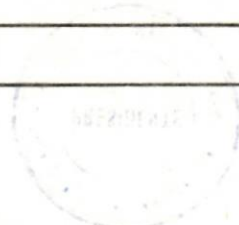
77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE CATTARINICH Ponce Darko		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Ricardo Aicardi 383 Chma		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 3-8-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO Lima		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Víctor Cattarinich (Padre) Idem.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social		16. INFORMACION ADICIONAL Tel.f: 477843			

17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:	TIEMPO EN DICHO TRABAJO:	ULTIMOS SEIS MESES:
-------------------------------------	--------------------------	---------------------

EVALUACION CLINICA		NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).
Normal	Anormal	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70, 71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluirl senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluirl hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL—MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O.—Diente curable X.—Diente extraído (6 x 8).—Puentes fijos removibles, incluyendo pilares L.—Diente no curable XXX.—Reemplazado ●.—Diente curado																OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
D E R E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA	1.47	52. PESO	32	53. COLOR PELLO	C	54. COLOR OJOS	P	55. CONTEXTURA	<input type="checkbox"/> Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso	56. TEMPERATURA	N
-----------	------	----------	----	-----------------	---	----------------	---	----------------	--	-----------------	---

57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)	SIST. 100		DIAST. 70		58. PULSO (Brazo a la altura del corazón)	72	SENTADO	EJERCICIO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Min.
59. VISION DE LEJOS	SIST.	DIAST.	SIST.	DIAST.								

60. REFRACCION	ESF. CIL. PRISMA	ESF. CIL. PRISMA	61. VISION DE CERCA
0 D / 20	CORREGIDO A / 20	CORREGIDO A / 20	CIL.
0 1 / 20	CORREGIDO A / 20	CORREGIDO A / 20	CIL.

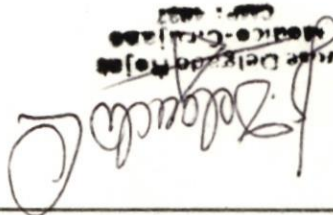
LEJOS	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. CON.	RF.	P.R.
CERCA	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. DIV.	P.P.	P.R.

63. ACOMODACION	64. VISION DE COLORES (Método usado)	65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)	66. CAMPO VISUAL
0 D		NO CORREGIDO	0 1
0 1		CORREGIDO	

71. AUDIOMETRIA	72. EQUILIBRIO (test. usado)																								
<table border="1"> <tr> <td>250</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>3000</td> <td>4000</td> <td>8000</td> <td>12000</td> </tr> <tr> <td>DER.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IZQ.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000	DER.								IZQ.								
250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000																		
DER.																									
IZQ.																									

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Chimonove Normé



Médico-Culajabo
 José Delgado Rojas
 C.R. 1-402

RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)
 (Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

75. RECOMENDACIONES - Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

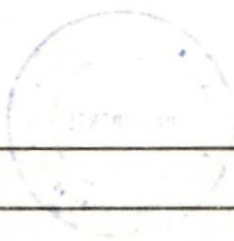
77. SI NO ESTA CALIFICADO, ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NÚMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE CROLLE Claux Renzo		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Arequipa 4071 Miraflores		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 16-1-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Giorgio Crolle (Padre) Idem.Telf.:227250	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (añotar cualquier descripción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Handwritten note: - D. migdal edomozo (op) N.I

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)		O. - Diente curable		X. - Diente extraído		(6 x 8) - Puentes fijos		removibles, incluyendo pilares		I Z Q U I E R D A							
L. - Diente no curable		XXX. - Reemplazado															
●. - Diente curado																	
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	11	12	13	14	15	16
E R E CH A	32	31	30	29	28	27	26	25	24		23	22	21	20	19	18	17

OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES

¿Apto Dentalmente?

Si No

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	<i>Normal</i>					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA	1.65	52. PESO	58.7	53. COLOR PELO	C	54. COLOR OJOS	V	55. CONTEXTURA	Delgado Mediano Grueso Obeso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	56. TEMPERATURA	36
-----------	------	----------	------	----------------	---	----------------	---	----------------	------------------------------	---	-----------------	----

57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)	SIST. 100	DIAST. 70	ECHADO	SIST.	PARADO	DIAST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.
--	-----------	-----------	--------	-------	--------	--------	---------	-----------------------	-------------------	--------	---------------------------

59. VISION DE LEJOS	O D / 20	ESF. CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.
60. REFRACCION	O D / 20	ESF. CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.
61. VISION DE CERCA				

LEJOS	ESQ°	EXQ°	H.D.	H.L.	DES. CON.	BP.	P.R.
CERCA	ESQ°	EXQ°	H.D.	H.L.	DES. DIV.	P.P.	P.R.

63. ACOMODACION	O D	64. VISION DE COLORES (Método usado)	65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)	66. CAMPO VISUAL	67. VISION NOCTURNA (met. usado)	68. LENTES ROJOS	69. TONOMETRIA (met. usado)
-----------------	-----	--------------------------------------	--	------------------	----------------------------------	------------------	-----------------------------

70. AUDICION	71. AUDIOMETRIA	72. EQUILIBRIO (test. usado)
OIDO DERECHO /15 escuchada	250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000	
OIDO IZQUIERDO /15 escuchada		
DER.		
IZQ.		

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clasificación Normal

*Jose Delgado Rojas
Medico-Oftalmologo
C.M.P. 4837*

[Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente]

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES - Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está calificado para no está

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA *1.46* 52. PESO *70* 53. COLOR PELO *N.* 54. COLOR OJOS *P.* 55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso 56. TEMPERATURA

57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón) 58. PULSO (Brazo a la altura del corazón) *72*

SENTADO SIST. *100* DIAST. *70* PARADO (3 min.) SIST. DIAST. SENTADO EJERCICIO DESPUES DEL EJERCICIO 2 MINUTOS DESPUES ECHADO DESPUES DE PA. RADO 3 Min.

59. VISION DE LEJOS 60. REFRACCION 61. VISION DE CERCA

O D / 20 CORREGIDO A / 20 ESF. CIL. PRISMA CORREGIDO A ESF. CIL. O I / 20 CORREGIDO A / 20 ESF. CIL. PRISMA CORREGIDO A ESF. CIL.

62. HETEROFORIA 63. ACOMODACION 64. VISION DE COLORES (Método usado) 65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD

LEJOS ESO° H.D. H.L. DES. CON. EP. P.R. CERCA ESO° H.D. H.L. DES. DIV. P.P. P.R.

66. CAMPO VISUAL 67. VISION NOCTURNA (met. usado) 68. LENTES ROJOS 69. TONOMETRIA (met. usado)

O D O I

70. AUDICION 71. AUDIOMETRIA 72. EQUILIBRIO (test. usado)

OIDO DERECHO /15 cuchichada OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada

250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000

IZQ. DER.

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Roberto Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.F. : 4837

Clínica Normal

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos) (Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

75. RECOMENDACIONES - Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE DE LOS HEROS Gamero Luis Raúl		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA A. Bolognesi 250 San Isidro			5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 26-1-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO Dpto. Sullista		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCAÑO Luis De los Heros (Padre) Idem.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL Telf.: 403452		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:			TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:

EVALUACION CLINICA	
Normal	Anormal
	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓	19. NARIZ
✓	20. SENOS PARANASALES
✓	21. BOCA Y GARGANTA
✓	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓	23. TIMPANOS (Perforación)
✓	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓	25. OFTALMOSCOPIA
✓	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓	33. SISTEMA ENDOCRINO
✓	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
✓	37. PIES
✓	38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS
✓	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓	40. PIEL, LINFATICOS
✓	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier) (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																
O. - Diente curable X. - Diente extraído (6 x 8). - Puentes fijos																
L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado removibles, incluyendo pilares																
●. - Diente curado																
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
E																
R																
E																
CH																
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES

I
Z
Q
U
I
E
R
D
A

¿Apto Dentalmente?

SI No

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.67</i>		52. PESO <i>54</i>		53. COLOR PELO <i>C</i>		54. COLOR OJOS <i>Azul</i>		55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA <i>N.</i>	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón) <i>72</i>					
SENTADO	SIST. <i>100</i> DIAST. <i>70</i>	ECHADO	SIST.	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20	CORREGIDO A / 20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.	CIL.					
O I / 20	CORREGIDO A / 20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.	CIL.					
62. HETEROFORIA											
LEJOS	ESO ⁰	EXO ⁰	H.D.	H.L.	DES. CON.	EP.	P.R.				
CERCA	ESO ⁰	EXO ⁰	H.D.	H.L.	DES. DIV.	P.P.	P.R.				
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)			65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)					
O D							NO CORREGIDO				
O I				67. VISION NOCTURNA (met. usado)			CORREGIDO				
66. CAMPO VISUAL						68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)		
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA					72. EQUILIBRIO (test. usado)		
OIDO DERECHO	/15 cuchichada			250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000
OIDO IZQUIERDO	/15 cuchichada			DER.							
				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clinicamente Normal

J. Delgado Rojas
José Delgado Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.P. 4057

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:

3011 * 40245
 14-1-82



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE DEL BUSTO Segura Andrés		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Prolog. Primavera 2354 Monterrico Surco			5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 16-7-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO CALLEO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Jorge Del Busto (Padre) Idem. Telf.: 355111	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
<input checked="" type="checkbox"/>		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>		19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>		20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>		21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>		23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>		25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>		33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>		37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>		38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>		40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>		42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																	OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES	
O.—Diente curado																	I Z Q U I E R D A	
L.—Diente no curable																		
X.—Diente extraído																		
XXX.—Reemplazado																		
D E R E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.51		52. PESO 42		53. COLOR PELO C.		54. COLOR OJOS P.		55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>				56. TEMPERATURA N.									
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón) 72															
SENTADO		ECHADO		PARADO (3 min.)		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		2 MINUTOS DESPUES		ECHADO									
SIST 100		SIST		SIST.		SIST.		SIST.		SIST.		SIST.									
DIAST 70		DIAST		DIAST		DIAST.		DIAST.		DIAST.		DIAST.									
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA													
O D / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.									
O I / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.									
62. HETEROFORIA																					
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.		R.P. P.R.									
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.		P.P. P.R.									
63. ACOMODACION				64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD													
O D								(Método usado)				NO CORREGIDO									
O I								67. VISION NOCTURNA (met. usado)				CORREGIDO									
66. CAMPO VISUAL				68. LENTES ROJOS				69. TONOMETRIA (met. usado)													
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (test. usado)													
OIDO DERECHO		/15 cuchichada		DER.		250		500		1000		2000		3000		4000		8000		12000	
OIDO IZQUIERDO		/15 cuchichada		IZQ.																	

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clinicamente: Normal

J. Zelgueda
 José Delgado Rojas
 Médico Cirujano
 C.M.P.: 4667

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNÓSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

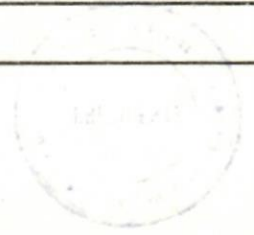
77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:





7 (EMI - Ag. 1980)

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE DEL RIO Contreras Carlos Enrique		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Los Ficus 376 Urb. Jardines Viru Bellavista		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 29-5-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCAÑO Manuel Del Rios (Padre) Idem.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social		16. INFORMACION ADICIONAL Telf.: 512662			
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA	
Normal	Anormal
	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓	19. NARIZ
✓	20. SENOS PARANASALES
✓	21. BOCA Y GARGANTA
✓	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓	23. TIMPANOS (Perforación)
✓	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓	25. OFTALMOSCOPIA
✓	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓	33. SISTEMA ENDOCRINO
✓	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
✓	37. PIES
✓	38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS
✓	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓	40. PIEL, LINFATICOS
✓	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (añotar cualquier (Marcar como se efectuó))
Mujeres solamente	
	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O.- Diente curable X.- Diente extraído (6 x 8). - Puentes fijos L.- Diente no curable XXX.- Reemplazado removibles, in- ●.- Diente curado cluyendo pilares															OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16
E	_____																
R	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19		18	17
CH																¿Apto Dentalmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
A																	

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.47</i>		52. PFSO <i>35 K</i>		53. COLOR PELO <i>N.</i>		54. COLOR OJOS <i>P.</i>		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA <i>N</i>	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) <i>70</i>					
SENTADO	SIST <i>100</i>	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
	DIAST <i>70</i>		DIAST		DIAST.						
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20	CORREGIDO A / 20			ESF.	CIL.	PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.	
O I / 20	CORREGIDO A / 20			ESF.	CIL.	PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.	
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.	
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.	
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD				
O D							(Método usado)				
O I			67. VISION NOCTURNA (met. usado)				NO CORREGIDO				
66. CAMPO VISUAL							CORREGIDO				
						68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)		
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA					72. EQUILIBRIO (test. usado)		
				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO DERECHO /15 cuchichada				DER.							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Claramente Normal

Delgado
José Delgado Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.P. 4887

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTÁ CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



07 (EMI - Ag. 1980)

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE FERRETTI Sime Luigui Rómulo		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Jr. Vigil 860-A Callao			5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 2-1-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO Callao		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Rómulo Ferretti (Padre) Idem.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL Telf.:		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70, 71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (Incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (Incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																
O. - Diente curable X. - Diente extraído (6 x 8) - Puentes fijos																
L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado removibles, incluyendo pilares																
●. - Diente curado																
D E R E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES

¿Apto Dentalmente?

Sí No

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.57	52. PFSO SI	53. COLOR PELO C	54. COLOR OJOS V.	55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	56. TEMPERATURA P.			
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)			58. PULSO (Brazo a la altura del corazón) 60 70					
SENTADO	SIST. 100 DIAST. 70	ECHADO	SIST. DIAST.	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.			
59. VISION DE LEJOS		60. REFRACCION		61. VISION DE CERCA				
O D / 20	CORREGIDO A / 20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.			
O I / 20	CORREGIDO A / 20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.			
62. HETEROFORIA								
LEJOS	ESO ^o	EXO ^o	H.D.	H.I.	DES. CON. BP. P.R.			
CERCA	ESO ^o	EXO ^o	H.D.	H.I.	DES. DIV. P.P. P.R.			
63. ACOMODACION	64. VISION DE COLORES (Método usado)		65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)					
O D			NO CORREGIDO					
O I	67. VISION NOCTURNA (met. usado)		CORREGIDO					
66. CAMPO VISUAL			68. LENTES ROJOS		69. TONOMETRIA (met. usado)			
70. AUDICION	71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (test, usado)			
OIDO DERECHO /15 cuchichada	250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada	DER.							
	IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal

J. Delgado
José Delgado Rojas
Médico-Cirujano

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74 RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE GOYZUETA Munte Christian		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA <i>Las Tiguas 302-302 Urd. Jordán S. D. 15, 020</i>		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 5-1-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARENTE MAS CERCAÑO Rodolfo Goyzueta (Padre) Idem.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social		16. INFORMACION ADICIONAL Telf.: 211159			
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓		19. NARIZ
✓		20. SENOS PARANASALES
✓		21. BOCA Y GARGANTA
✓		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓		23. TIMPANOS (Perforación)
✓		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓		25. OFTALMOSCOPIA
✓		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓		33. SISTEMA ENDOCRINO
✓		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
✓		37. PIES
✓		38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS
✓		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓		40. PIEL, LINFATICOS
✓		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓		42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier) (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)		OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES																																	
O. - Diente curable L. - Diente no curable ●. - Diente curado X. - Diente extraído XXX. - Reemplazado (6 x 8). - Puentes fijos removibles, incluyendo pilares		I Z Q U I E R D A ¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																	
D F R E C H A	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td></tr> <tr><td>32</td><td>31</td><td>30</td><td>29</td><td>28</td><td>27</td><td>26</td><td>25</td><td>24</td><td>23</td><td>22</td><td>21</td><td>20</td><td>19</td><td>18</td><td>17</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																				
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17																				

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD		46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)		47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)	
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	<i>Normal</i>		
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH		50. OTRAS PRUEBAS	

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.59	52. PESO 45K	53. COLOR PELO N.	54. COLOR OJOS N.	55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	56. TEMPERATURA				
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)			58. PULSO (Brazo a la altura del corazón) 70						
SENTADO	SIST. 100 DIAST. 70	ECHADO	SIST. DIAST.	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.				
59. VISION DE LEJOS		60. REFRACCION			61. VISION DE CERCA				
O D /20	CORREGIDO A /20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.				
O I /20	CORREGIDO A /20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.				
62. HETEROFORIA									
LEJOS	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. CON. PP. P.R.				
CERCA	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. DIV. P.P. P.R.				
63. ACOMODACION	64. VISION DE COLORES (Método usado)		65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)						
O D			NO CORREGIDO						
O I	67. VISION NOCTURNA (met. usado)		CORREGIDO						
66. CAMPO VISUAL	68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)					
70. AUDICION	71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (test, usado)				
OIDO DERECHO /15 cuchichada		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada	DER.								
	IZQ.								

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clinicamente Normal

Jose Delgado Rojas
 José Delgado Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.P. 4487

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES— Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTÁ CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE LOSNO Velarde Javier		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Torre Tagle 170-B Miraflores		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 25-11-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Gonzalo Losno (Padre) Idem. Telf.:467232	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social		16. INFORMACION ADICIONAL			

17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD: _____ TIEMPO EN DICHO TRABAJO: _____ ULTIMOS SEIS MESES: _____

EVALUACION CLINICA	
Normal	Anormal
	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓	19. NARIZ
✓	20. SENOS PARANASALES
✓	21. BOCA Y GARGANTA
✓	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓	23. TIMPANOS (Perforación)
✓	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓	25. OFTALMOSCOPIA
✓	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓	33. SISTEMA ENDOCRINO
✓	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
✓	37. PIES
✓	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
✓	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓	40. PIEL, LINFATICOS
✓	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier) (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente	
	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS - Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)

O. - Diente curable X. - Diente extraído [6 x 8]. - Puentes fijos removibles, incluyendo pilares

L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado

• - Diente curado

D E R E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES

¿Apto Dentalmente? Si No

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD		46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)		47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)	
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA		Normal	
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH		50. OTRAS PRUEBAS	

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA	1.54	52. PESO	43	53. COLOR PELO	N	54. COLOR OJOS	P	55. CONTEXURA	Delgado Mediano Grueso Obeso	56. TEMPERATURA	N
-----------	------	----------	----	----------------	---	----------------	---	---------------	------------------------------	-----------------	---

57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazon)	SIST	110	PARADO (3 min.)	SIST.	SENTADO	EJERCICIO	DESPUES DEL	2 MINUTOS	ECHADO	DESPUES DE PA- RADO 3 Mins.
	DIAST	70		DIAST.						

59. VISION DE LEJOS		60. REFRACCION		61. VISION DE CERCA	
O D / 20	CORREGIDO A / 20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.
O I / 20	CORREGIDO A / 20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.

LEJOS	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. CON.	EP.	P.R.
CERCA	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. DIV.	EP.	P.R.

63. ACOMODACION	64. VISION DE COLORES (Método usado)	65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD
O D	(Método usado)	NO CORREGIDO
O I	(Método usado)	CORREGIDO

70. AUDICION	71. AUDIOMETRIA	72. EQUILIBRIO (test. usado)
OIDO DERECHO / 15 cuchichada	250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000	
OIDO IZQUIERDO / 15 cuchichada		

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Chenonoff Norma

*José Delgado Rojas
Medico Otorrinolaringologo
C.M.P. 4027*

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)
(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

75. RECOMENDACIONES - Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está calificado para no está

77. SI NO ESTA CALIFICADO, ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NÚMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE LECIÑANA Falconí Eduardo			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO			3. IDENTIFICACION No.		
4. DIRECCION DOMICILIARIA Félix Olcay 417 San Antonio-Miraflores			5. OBJETO DEL EXAMEN			6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85		
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO				
12. FECHA DE NACIMIENTO D- 10-11-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Eduardo Leciñana (Padre) Idem.				
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social				16. INFORMACION ADICIONAL Telf.: 476261				
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:			TIEMPO EN DICHO TRABAJO:			ULTIMOS SEIS MESES:		

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓		19. NARIZ
✓		20. SENOS PARANASALES
✓		21. BOCA Y GARGANTA
✓		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓		23. TIMPANOS (Perforación)
✓		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓		25. OFTALMOSCOPIA
✓		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓		33. SISTEMA ENDOCRINO
✓		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
✓		37. PIES
✓		38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
✓		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓		40. PIEL, LINFATICOS
✓		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓		42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier descripción)
		43. PELVIS (Mujeres solamente) (Marcar como se efectuó)
		<input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS - Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O. - Diente curable X. - Diente extraído [6 x 8]. - Puentes fijos L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado [6 x 8]. - Puentes fijos removibles, incluyendo pilares ●. - Diente curado															OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES				
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z U I E R D A	¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
E																			
R																			
E																			
CH																			
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17			

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado) Normal			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA						
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA	1.55	52. PESO	43	53. COLOR PELO	N	54. COLOR OJOS	N	55. CONTEXTURA	Delgado Mediano Grueso Obeso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	56. TEMPERATURA	N
-----------	------	----------	----	----------------	---	----------------	---	----------------	------------------------------	---	-----------------	---

57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corzon)	92		58. PULSO (Brazo ala altura del corzon)	92	
SENTADO	SIST. 100	DIAST. 70	SENTADO	SIST. 92	DIAST. 62
ECHADO	SIST.	DIAST.	EJERCICIO	SIST.	DIAST.
PARADO (3 min.)	SIST.	DIAST.	DESPUES DEL EJERCICIO	SIST.	DIAST.
2 MINUTOS DESPUES	SIST.	DIAST.	DESPUES DEL EJERCICIO	SIST.	DIAST.
ECHADO	SIST.	DIAST.	DESPUES DEL EJERCICIO	SIST.	DIAST.
DESPUES DE PA. RADO 3 Min.	SIST.	DIAST.	DESPUES DEL EJERCICIO	SIST.	DIAST.

59. VISION DE LEJOS	60. REFRACCION	61. VISION DE CERCA
O D / 20	ESF. CIL. PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.
O I / 20	ESF. CIL. PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.

LEJOS	EXO°	H.D.	H.L.	DES. CON.	BP.	P.R.
CERCA	EXO°	H.D.	H.L.	DES. DIV.	P.P.	P.R.

63. ACOMODACION	64. VISION DE COLORES (Método usado)	65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)
O D		NO CORREGIDO
O I		CORREGIDO
66. CAMPO VISUAL	67. VISION NOCTURNA (met. usado)	68. LENTES ROJOS

70. AUDICION	71. AUDIOMETRIA	72. EQUILIBRIO (test. usado)
OIDO DERECHO / 15 cuchada	250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000	
OIDO IZQUIERDO / 15 cuchada		
DER.		
IZQ.		

73. NOTAS CLINICAS (continuacion)

Clemente Norma

*Jose Delgado Rojas
Medico-Cirujano
C.M.P. 4881*

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnosticos con los números de los incisos)
(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

75. RECOMENDACIONES - Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO esta no esta calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO, ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NÚMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE MARIACA Arredondo Igor			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Jr. Aguarico 325 Breña			5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14 - 7 - 85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 25-4-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO José Mariaca (Padre) Idem. Telf.: 463481		
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL			
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:			TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓		19. NARIZ
✓		20. SENOS PARANASALES
✓		21. BOCA Y GARGANTA
✓		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓		23. TIMPANOS (Perforación)
✓		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓		25. OFTALMOSCOPIA
✓		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓		33. SISTEMA ENDOCRINO
✓		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
✓		37. PIES
✓		38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
✓		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓		40. PIEL, LINFATICOS
✓		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓		42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

41 DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																	OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES
O.— Diente curable X.— Diente extraído (6 x 8).— Puentes fijos removibles, incluyendo pilares																	
L.— Diente no curable XXX.— Reemplazado																	
●.— Diente curado																	
I Z Q U I E R D A																	
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E																	
R																	
E																	
CH	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	

EXAMENES DE LABORATORIO

45 ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.57</i>		52. PESO <i>45</i>		53. COLOR PELO <i>N.</i>		54. COLOR OJOS <i>K.</i>		55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>				56. TEMPERATURA <i>N</i>					
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) <i>72</i>											
SENTADO		SIST <i>100</i>		ECHADO		SIST		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		2 MINUTOS DESPUES		ECHADO		DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
		DIAST <i>70</i>				DIAST		PARADO (3 min.)		SIST.		DIAST.					
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA									
O D /20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.					
O I /20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.					
62. HETEROFORIA																	
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.		EP.		P.R.			
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.		P.P.		P.R.			
63. ACOMODACION				64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD									
O D								(Método usado)									
O I				67. VISION NOCTURNA (met. usado)				NO CORREGIDO									
66. CAMPO VISUAL								CORREGIDO									
								68. LENTES ROJOS				69. TONOMETRIA (met. usado)					
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (rest. usado)									
OIDO DERECHO /15 cuchichada				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000													
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				DER.													
				IZQ.													

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal


José Delgado Rojas
Médico Cirujano
CAMP: 4547

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está calificado para no está

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

SS-107 (EMI - Ag. 1980)



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATerno-NOMBRE MERINO REYNA BUCHANON		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION	
4. DIRECCION DOMICILIARIA LOS FLORESITAS 331 CORACHO		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 22-1-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARENTE MAS CERCANO JOSE MERINO (IDEL. POETA) 355965	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL		

17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:	TIEMPO EN DICHO TRABAJO:	ULTIMOS SEIS MESES:
-------------------------------------	--------------------------	---------------------

EVALUACION CLINICA	
Normal	Anormal
	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓	19. NARIZ
✓	20. SENOS PARANASALES
✓	21. BOCA Y GARGANTA
✓	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓	23. TIMPANOS (Perforación)
✓	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓	25. OFTALMOSCOPIA
✓	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓	33. SISTEMA ENDOCRINO
✓	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
✓	37. PIES
✓	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
✓	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatua-jes)
✓	40. PIEL, LINFATICOS
✓	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))
Mujeres solamente	
✓	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																
O. - Diente curable X. - Diente extraído [6 x 8]. - Puentes fijos																
L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado removibles, in-																
●. - Diente curado cluyendo pilares																
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
E																
R																
E																
C																
H																
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES

I
Z
Q
U
I
E
R
D
A

¿Apto Dentalmente?

Si No

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.54		52. P.F.S.O. 39		53. COLOR PELO C		54. COLOR OJOS P.		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA N.	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) 77					
SENTADO	SIST. 100 DIAST. 70	ECHADO	SIST.	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
59. VISION DE LEJOS			60. REFRACCION			61. VISION DE CERCA					
O D / 20		CORREGIDO A / 20		ESF. CIL. PRISMA		CORREGIDO A ESF. CIL.					
O I / 20		CORREGIDO A / 20		ESF. CIL. PRISMA		CORREGIDO A ESF. CIL.					
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.I.		DES. CON. EP. P.R.	
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.I.		DES. DIV. P.P. P.R.	
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)			65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)			NO CORREGIDO		
O D									CORREGIDO		
O I			67. VISION NOCTURNA (met. usado)			68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)		
66. CAMPO VISUAL											
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA					72. EQUILIBRIO (test. usado)		
OIDO DERECHO /15 cuchichada				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				DER. IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clinicamente Normal


Jose Delgado Rojas
Medico-Cirujano
C.M.P. 4487

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

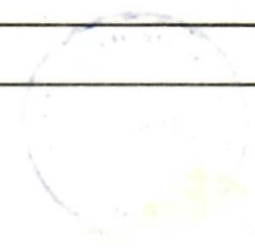
77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE PARRA Molina Ricardo			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO			3. IDENTIFICACION N°		
4. DIRECCION DOMICILIARIA Av. El Sur 356 Chacarilla			5. OBJETO DEL EXAMEN			6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85		
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA			11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO		
12. FECHA DE NACIMIENTO 10-1-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO Lima		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Alfredo Parra (Padre) Idem. Telf.:355879				
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social				16. INFORMACION ADICIONAL				

17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD: _____ TIEMPO EN DICHO TRABAJO: _____ ULTIMOS SEIS MESES: _____

EVALUACION CLINICA			NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).	
Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.	<i>Amygdalitis crónica (op) N.I.</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc 70-71)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluidos senos)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluidas hernias)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))		
Mujeres solamente				(Continuar en el inciso 73)
43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL				

41 DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)															OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES								
O. - Diente curable X. - Diente extraído [6 x 8]. - Puentes fijos L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado ●. - Diente curado															I Z Q U I E R D A								
D	E	R	E	C	H	A	1	2	3	4	5	6	7	8			9	10	11	12	13	14	15
							<hr/>															¿Apto Dentalmente? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17								

EXAMENES DE LABORATORIO			
45 ANALISIS ORINA: DENSIDAD		46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)	47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH	50. OTRAS PRUEBAS

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.56</i>		52. PISO <i>43</i>		53. COLOR PELO <i>C</i>		54. COLOR OJOS <i>V.</i>		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA <i>P.</i>									
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) <i>72</i>													
SENTADO		SIST <i>100</i>		ECHADO		SIST		PARADO (3 min.)		SIST.									
		DIAST <i>70</i>				DIAST				DIAST.									
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA											
O D /20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.									
O I /20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.									
62. HETEROFORIA																			
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.									
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.									
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD												
O D							(Método usado)												
O I			67. VISION NOCTURNA (met. usado)				NO CORREGIDO												
66. CAMPO VISUAL							CORREGIDO												
							68. LENTES ROJOS												
							69. TONOMETRIA (met. usado)												
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA						72. EQUILIBRIO (test. usado)									
OIDO DERECHO /15 cuchichada				250		500		1000		2000		3000		4000		8000		12000	
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				DER.															
				IZQ.															

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clinicamente Normal

J. Delgado Rojas
 Jose Delgado Rojas
 Medico Cirujano
 C.M.P. 4087

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está calificado para no está

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



MI - Ag. 1980)

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE PHANG Lema Gonzalo		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACIÓN No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Las Oropendolas 315 San Isidro		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 20-10-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO Lima		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO César Phang (Padre) Idem. Telf.:650778	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓		19. NARIZ
✓		20. SENOS PARANASALES
✓		21. BOCA Y GARGANTA
✓		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓		23. TIMPANOS (Perforación)
✓		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓		25. OFTALMOSCOPIA
✓		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓		33. SISTEMA ENDOCRINO
✓		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
✓		37. PIES
✓		38. COLUMNA VERTEBRAL—MUSCULOS
✓		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓		40. PIEL, LINFATICOS
✓		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓		42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier descripción)
✓		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL (Mujeres solamente) (Marcar como se efectuó)

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																	OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES
O.—Diente curable X.—Diente extraído (6 x 8).—Puentes fijos																	
L.—Diente no curable XXX.—Reemplazado removibles, incluyendo pilares																	
●.—Diente curado																	
I Z Q U I E R D A																	
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E																	
R																	
E																	
CH	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Nada					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		
			Positivo					

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.56</i>		52. PESO <i>43.5</i>		53. COLOR PELO <i>N.</i>		54. COLOR OJOS <i>P.</i>		55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA <i>N.</i>	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) <i>72</i>					
SENTADO		SIST <i>100</i>		ECHADO		SIST		PARADO (3 min.)		SIST.	
		DIAST <i>70</i>				DIAST				DIAST.	
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
O I /20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.	
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.	
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)			65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD			66. CAMPO VISUAL		
O D						(Método usado)			NO CORREGIDO		
O I			67. VISION NOCTURNA (met. usado)						CORREGIDO		
						68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)		
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA					72. EQUILIBRIO (test. usado)		
OIDO DERECHO /15 cuchichada				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				DER.							
				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal

Delgado
 José Delgado Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.P. 4483

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está calificado para no está

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





Dirección de Sanidad

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



SS-107 (EMI - Ag. 1980)

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE PHANG Lema Alvaro			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO			3. IDENTIFICACION NO.		
4. DIRECCION DOMICILIARIA Las Oropendolas 315 San Isidro			5. OBJETO DEL EXAMEN			6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85		
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA			11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO		
12. FECHA DE NACIMIENTO 20-10-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO Lima		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO César Phang (Padre) Idem. Telf.: 408995				
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social				16. INFORMACION ADICIONAL				
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:			TIEMPO EN DICHO TRABAJO:			ULTIMOS SEIS MESES:		

EVALUACION CLINICA		Controla cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
Normal	Anormal	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y movilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y movilidad))
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
D. - Diente curable X. - Diente extraído (6 x 8) - Puentes fijos L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado removibles, incluyendo pilares																I Z Q U I E R D A		
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			16
E	_____																	
R	_____															¿Apto Dentalmente?		
E	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
C																		
H																		
A																		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		
			POSITIVO					

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.56</i>		52. PESO <i>43</i>		53. COLOR PELO <i>Nl.</i>		54. COLOR OJOS <i>P.</i>		55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA <i>N.</i>	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) <i>72</i>					
SENTADO		ECHADO		PARADO (3 min.)		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
SIST <i>110</i>		SIST		SIST.		SIST.		2 MINUTOS DESPUES		ECHADO	
DIAST <i>70</i>		DIAST		DIAST.		DIAST.					
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
O I / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO ⁰		EXO ⁰		H.D.		H.L.		DES. CON.	
CERCA		ESO ⁰		EXO ⁰		H.D.		H.L.		DES. DIV.	
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)			65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD			66. CAMPO VISUAL		
O D						(Método usado)			NO CORREGIDO		
O I			67. VISION NOCTURNA (met. usado)						CORREGIDO		
						68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)		
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA					72. EQUILIBRIO (test, usado)		
				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO DERECHO /15 cuchichada				DER.							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal

J. Delgado Rojas
 José Delgado Rojas
 Médico Cirujano
 C.M.P. 4257

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está calificado para no está

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE PEROCHENA Reategui Marko Gonzalo J.			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Calle A Nro. 122 Sta. María Chacartilla			5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 9-10-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO Lina		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Edgardo Perochena (Padre) Idem.		
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL Telf.: 417963			

17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:	TIEMPO EN DICHO TRABAJO:	ULTIMOS SEIS MESES:
-------------------------------------	--------------------------	---------------------

EVALUACION CLINICA			NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).
Normal	Anormal	Controlé cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"	
✓		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.	
✓		19. NARIZ	
✓		20. SENOS PARANASALES	
✓		21. BOCA Y GARGANTA	
✓		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)	
✓		23. TIMPANOS (Perforación)	
✓		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)	
✓		25. OFTALMOSCOPIA	
✓		26. PUPILA (Igualdad y reacción)	
✓		27. MOV. OCULARES (nistagmus)	
✓		28. PULMONES Y TORAX (incluirl senos)	
✓		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)	
✓		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)	
✓		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluirl hernias)	
✓		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)	
✓		33. SISTEMA ENDOCRINO	
✓		34. SISTEMA GENITO-URINARIO	
✓		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)	
✓		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))	
✓		37. PIES	
✓		38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS	
✓		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatua-les)	
✓		40. PIEL, LINFATICOS	
✓		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)	
✓		42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (añotar cualquier (Marcar como se efectuó))	
Mujeres solamente			
		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL	(Continuar en el inciso 73)

41 DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O.— Diente curable X.— Diente extraído [6 x 8].— Puentes fijos L.— Diente no curable XXX.— Reemplazado removibles, in- ●.— Diente curado cluyendo pilares															OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15
E	_____															¿Apto Dentalmente?	
R	_____																Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E	_____																
CH	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18		17
A	_____																

EXAMENES DE LABORATORIO			
45 ANALISIS ORINA: DENSIDAD		46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)	47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	
		Normal	
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH	50. OTRAS PRUEBAS
		Positivo	

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.45	52. PESO 41	53. COLOR PELO N.	54. COLOR OJOS P.	55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	56. TEMPERATURA N.						
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)			58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) 72								
SENTADO	SIST 100 DIAST 70	ECHADO	SIST DIAST	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.						
59. VISION DE LEJOS		60. REFRACCION			61. VISION DE CERCA						
O D / 20	CORREGIDO A / 20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.						
O I / 20	CORREGIDO A / 20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.						
62. HETEROFORIA											
LEJOS	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. CON. BP. P.R.						
CERCA	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. DIV. P.P. P.R.						
63. ACOMODACION	64. VISION DE COLORES (Método usado)			65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)							
O D				NO CORREGIDO							
O I	67. VISION NOCTURNA (met. usado)			CORREGIDO							
66. CAMPO VISUAL				68. LENTES ROJOS	69. TONOMETRIA (met. usado)						
70. AUDICION		71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (test, usado)					
OIDO DERECHO / 15 cuchichada		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000		
OIDO IZQUIERDO / 15 cuchichada		DER.									
		IZQ.									

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clinicamente Normal

J. Delgado
José Delgado Rojas
Médico-Cirujano
C.R.P. 4007

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está calificado para no está

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE PASARA Arias Araguez Carlos			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO			3. IDENTIFICACION No.		
4. DIRECCION DOMICILIARIA Crnel. Portillo Km 697 San Isidro			5. OBJETO DEL EXAMEN			6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85		
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA CIVIL	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO				
12. FECHA DE NACIMIENTO 3-11-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Carlos Pasara (Padre) Idem.				
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social				16. INFORMACION ADICIONAL Telf.: 228421				

17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD: TIEMPO EN DICHO TRABAJO: ULTIMOS SEIS MESES:

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓		19. NARIZ
✓		20. SENOS PARANASALES
✓		21. BOCA Y GARGANTA
✓		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓		23. TIMPANOS (Perforación)
✓		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓		25. OFTALMOSCOPIA
✓		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓		33. SISTEMA ENDOCRINO
✓		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
✓		37. PIES
✓		38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
✓		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓		40. PIEL, LINFATICOS
✓		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓		42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad) (añotar cualquier descripción de la personalidad)
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS: - Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

41 DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O. - Diente curable X. - Diente extraído (6 x 8). - Puentes fijos L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado removibles, incluyendo pilares ●. - Diente curado															OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES			
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z Q U I E R D A	¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E																		
R																		
E																		
CH																		
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45 ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50 OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.50		52. PESO 40		53. COLOR PELO N.		54. COLOR OJOS P		55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>				56. TEMPERATURA 36.4											
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) 72																	
SENTADO		SIST 100		ECHADO		SIST		PARADO (3 min.)		SIST.		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		2 MINUTOS DESPUES		ECHADO		DESPUES DE PARADO 3 Mins.			
		DIAST 70				DIAST				DIAST.													
59. VISION DE LEJOS						60. REFRACCION						61. VISION DE CERCA											
O D / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.											
O I / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.											
62. HETEROFORIA																							
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.		EP.		P.R.									
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.		P.P.		P.R.									
63. ACOMODACION						64. VISION DE COLORES (Método usado)						65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD											
O D												(Método usado)											
O I						67. VISION NOCTURNA (met. usado)						NO CORREGIDO											
66. CAMPO VISUAL												CORREGIDO											
												68. LENTES ROJOS						69. TONOMETRIA (met. usado)					
70. AUDICION						71. AUDIOMETRIA						72. EQUILIBRIO (test. usado)											
OIDO DERECHO /15 cuchichada						250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000																	
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada						DER.																	
						IZQ.																	

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal

J. Delgado Rojas
 Medico - Cirujano
 C.M.P. 4847

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está calificado para no está

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE PORTOCARRERO Zamora Julio César		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Av. El Polo 214 Monterrico		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 15-12-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARENTE MAS CERCANO Juan Portocarrero (Padre) Idem.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL Telf.: 356645		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA		NOTAS.—
Normal	Anormal	Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluidos senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluidas hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier descripción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL (Mujeres solamente) (Marcar como se efectuó)

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																	OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES														
O.— Diente curable X.— Diente extraído (6 x 8).— Puentes fijos																															
L.— Diente no curable XXX.— Reemplazado removibles, incluyendo pilares																															
●.— Diente curado																															
D E R E C H A																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Apto Dentalmente? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																															

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		
			O Pos, r100					

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.65</i>		52. PESO <i>57</i>		53. COLOR PELO <i>N.</i>		54. COLOR OJOS <i>R</i>		55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA <i>N.</i>	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) <i>72</i>					
SENTADO		ECHADO		PARADO (3 min.)		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
SIST. <i>100</i>		SIST.		SIST.		SIST.		2 MINUTOS DESPUES		ECHADO	
DIAST. <i>70</i>		DIAST.		DIAST.		DIAST.					
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
O I /20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
O D		CORREGIDO A		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
O I		CORREGIDO A		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO ^o		EXO ^o		H.D.		H.L.		DES. CON.	
CERCA		ESO ^o		EXO ^o		H.D.		H.L.		DES. DIV.	
BP.		P.P.		P.R.							
63. ACOMODACION				64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD			
O D								(Método usado)			
O I				67. VISION NOCTURNA (met. usado)				NO CORREGIDO			
66. CAMPO VISUAL								CORREGIDO			
								68. LENTES ROJOS			
								69. TONOMETRIA (met. usado)			
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (test. usado)			
OIDO DERECHO /15 cuchichada				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				DER.							
				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal

Rosalgado
 rose Delgado Rojas
 Médico-Ciudad Juárez
 C.A.R.: 4887

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está *calificado para*

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE SEMPERTEGUI Justo Mauricio		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Las Tipas 205 Casuarinas-Surco		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 1-9-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCAÑO Gustavo Sempertegui (Padre) Idem.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social		16. INFORMACION ADICIONAL Tel.: 550719			

17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:	TIEMPO EN DICHO TRABAJO:	ULTIMOS SEIS MESES:
-------------------------------------	--------------------------	---------------------

EVALUACION CLINICA

NOTAS.— Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O. - Diente curable X. - Diente extraído [6 x 8]. - Puentes fijos L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado removibles, incluyendo pilares																OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z Q U I E R D A	Apto Dentalmente? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
E																		
R																		
E																		
F																		
CH																		
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.46</i>		52. PFSO <i>38</i>		53. COLOR PELO <i>N.</i>		54. COLOR OJOS <i>P.</i>		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				56. TEMPERATURA <i>N.</i>		
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) <i>72</i>								
SENTADO	SIST <i>100</i>	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PA- RADO 3 Mins.				
	DIAST <i>70</i>		DIAST		DIAST.									
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA						
O D / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.		
O I / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.		
62. HETEROFORIA														
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.		EP. P.R.		
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES.DIV.		P.P. P.R.		
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)							
O D			67. VISION NOCTURNA (met. usado)				68. LENTES ROJOS						NO CORREGIDO	
O I													CORREGIDO	
66. CAMPO VISUAL			69. TONOMETRIA (met. usado)											
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA						72. EQUILIBRIO (test. usado)				
OIDO DERECHO		/15 cuchichada		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000			
OIDO IZQUIERDO		/15 cuchichada		DER.										
				IZQ.										

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clinicamente Normal

J. Delgado Rojas
José Delgado Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.P. 4067

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está *calificado para*

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE SANTISTENBAN Hurtado Marco Antonio		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Vilcahuara 328 Maranga		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 13-4-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Julio Santisteban (Padre) Idem.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social		16. INFORMACION ADICIONAL Telf.: 514988			

17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:	TIEMPO EN DICHO TRABAJO:	ULTIMOS SEIS MESES:
-------------------------------------	--------------------------	---------------------

EVALUACION CLINICA		NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).
Normal	Anormal	
		Controla cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓		19. NARIZ
✓		20. SENOS PARANASALES
✓		21. BOCA Y GARGANTA
✓		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓		23. TIMPANOS (Perforación)
✓		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓		25. OFTALMOSCOPIA
✓		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓		28. PULMONES Y TORAX (incluidos senos)
✓		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluidas hernias)
✓		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓		33. SISTEMA ENDOCRINO
✓		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
✓		37. PIES
✓		38. COLUMNA VERTEBRAL—MUSCULOS
✓		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓		40. PIEL, LINFATICOS
✓		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓		42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier)
✓		(Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente		
	43. PÉLVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL	(Continuar en el inciso 73)

41 DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)												OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES	
O.—Diente curable X.—Diente extraído L.—Diente no curable XXX.—Reemplazado ●.—Diente curado													
D E N T E S I N F E R I O R E S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17												I Z Q U I E R D A ¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

45 ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50 OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.62</i>	52. PESO <i>48 K</i>	53. COLOR PELO <i>N.</i>	54. COLOR OJOS <i>P.</i>	55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>	56. TEMPERATURA <i>36.5</i>
--------------------------	-------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	--------------------------------

57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)				58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) <i>72</i>						
SENTADO	SIST <i>100</i> DIAST <i>70</i>	ECHADO	SIST DIAST	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PA- RADO 3 Mins.

59. VISION DE LEJOS			60. REFRACCION			61. VISION DE CERCA		
O D / 20	CORREGIDO A / 20		ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.		CIL.
O I / 20	CORREGIDO A / 20		ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.		CIL.

62. HETEROFORIA

LEJOS	ESO°	EXO°	H.D.	H.I.	DES. CON.	EP.	P.R.
CERCA	ESO°	EXO°	H.D.	H.I.	DES. DIV.	P.P.	P.R.

63. ACOMODACION	64. VISION DE COLORES (Método usado)	65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD	
O D		(Método usado)	NO CORREGIDO
O I	67. VISION NOCTURNA (met. usado)		CORREGIDO
66. CAMPO VISUAL		68. LENTES ROJOS	69. TONOMETRIA (met. usado)

70. AUDICION		71. AUDIOMETRIA								72. EQUILIBRIO (test. usado)		
OIDO DERECHO	/15 cuchichada		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000		
OIDO IZQUIERDO	/15 cuchichada	DER.										
		IZQ.										

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clinicamente Normal

J. Delgado
J. Delgado Rojas
 Médico - Otorrino
 Carr: 4022

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE SZEJER Aragonés Pedro Richard		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA El Paseo H -18 Las Viñas		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 13-4-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Armando Szejer (Padre) Idem. Telf.:470586	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social		16. INFORMACION ADICIONAL 441244			
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA		Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.			
	19. NARIZ			
	20. SENOS PARANASALES			
	21. BOCA Y GARGANTA			
	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)			
	23. TIMPANOS (Perforación)			
	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)			
	25. OFTALMOSCOPIA			
	26. PUPILA (Igualdad y reacción)			
	27. MOV. OCULARES (nistagmus)			
	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)			
	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)			
	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)			
	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)			
	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)			
	33. SISTEMA ENDOCRINO			
	34. SISTEMA GENITO-URINARIO			
	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)			
	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)			
	37. PIES			
	38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS			
	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)			
	40. PIEL, LINFATICOS			
	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)			
	42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier descripción)			
Mujeres solamente	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL			

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

Amo y doloroso (op.) NI

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O.— Diente curable X.— Diente extraído [6 x 8].— Puentes fijos removibles, incluyendo pilares L.— Diente no curable XXX.— Reemplazado ●.— Diente curado															OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES			
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z Q U I E R D A	¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E																		
R																		
E																		
C																		
H																		
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	<i>Normal</i>					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.50</i>		52. PFSO <i>36.</i>		53. COLOR PELO <i>C</i>		54. COLOR OJOS <i>V.</i>		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA <i>N</i>	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón) <i>72</i>					
SENTADO		ECHADO		PARADO (3 min.)		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
SIST <i>100</i>		SIST		SIST.		SIST.		2 MINUTOS DESPUES		ECHADO	
DIAST <i>70</i>		DIAST		DIAST.		DIAST.					
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
O I / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.	
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.	
EP.		P.P.		P.R.							
63. ACOMODACION				64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD			
O D								(Método usado)			
O I				67. VISION NOCTURNA (met. usado)				NO CORREGIDO			
66. CAMPO VISUAL								CORREGIDO			
								68. LENTES ROJOS			
								69. TONOMETRIA (met. usado)			
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (test. usado)			
				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO DERECHO /15 cuchichada				DER.							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal

J. Delgado
Jose Delgado Rojas
Médico Cirujano
CMP: 4087

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES— Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE TIRADO Melgar Ignacio		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Av. La Planicie 174		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR _____ CIVIL _____	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 5-2-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO José Tirado (Padre) Idem. Telf.: 369040	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA	
Normal	Anormal
	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
✓	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
✓	19. NARIZ
✓	20. SENOS PARANASALES
✓	21. BOCA Y GARGANTA
✓	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
✓	23. TIMPANOS (Perforación)
✓	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
✓	25. OFTALMOSCOPIA
✓	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
✓	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
✓	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
✓	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
✓	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
✓	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
✓	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
✓	33. SISTEMA ENDOCRINO
✓	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
✓	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
✓	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies, fuerza y motilidad)
✓	37. PIES
✓	38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS
✓	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
✓	40. PIEL, LINFATICOS
✓	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
✓	42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier) (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente	
✓	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

D E R E C H A	41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

O.— Diente curable X.— Diente extraído (6 x 8).— Puentes fijos
 L.— Diente no curable XXX.— Reemplazado removibles, in-
 ●.— Diente curado cluyendo pilares

OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES

¿Apto Dentalmente? Si No

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD		46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)		47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)	
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal		
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH		50. OTRAS PRUEBAS	

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.40</i>		52. PESO <i>35 K</i>		53. COLOR PELO <i>C</i>		54. COLOR OJOS <i>V.</i>		55. CONTEXTURA Delgado <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA <i>M.</i>	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón) <i>70</i>					
SENTADO	SIST <i>100</i> DIAST <i>70</i>	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20	CORREGIDO A / 20			ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.		CIL.		
O I / 20	CORREGIDO A / 20			ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.		CIL.		
62. HETEROFORIA											
LEJOS	ESO ⁰	EXO ⁰	H.D.	H.L.	DES. CON.	EP.	P.R.				
CERCA	ESO ⁰	EXO ⁰	H.D.	H.L.	DES. DIV.	P.P.	P.R.				
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)				
O D			67. VISION NOCTURNA (met. usado)				NO CORREGIDO				
O I							CORREGIDO				
66. CAMPO VISUAL			68. LENTES ROJOS				69. TONOMETRIA (met. usado)				
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA						72. EQUILIBRIO (test. usado)	
OIDO DERECHO /15 cuchichada				250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				DER.							
				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal

J. Delgado
José Delgado Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.P. 4087

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad



1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE VELEZ Salvador Christian		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA California 346 Bellavista Callao			5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85;
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 28-2-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO CALLAO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Baltazar Velez (Padre) Idem.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL Telf.: 294768		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier) (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
O. - Diente curable L. - Diente no curable ● - Diente curado																X. - Diente extraído XXX. - Reemplazado		
																(6 x 8) - Puentes fijos removibles, incluyendo pilares		
D E R E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z Q U I E R D A	Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.48		52. PFSO 46		53. COLOR PELO N.		54. COLOR OJOS P.		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA N.	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) 74					
SENTADO	SIST 110 DIAST 80	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PA- RADO 3 Mins.	
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
O I / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO ^o		EXO ^o		H.D.		H.I.		DES. CON.	
CERCA		ESO ^o		EXO ^o		H.D.		H.I.		DES. DIV.	
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD				
O D							(Método usado)				
O I							NO CORREGIDO				
66. CAMPO VISUAL			67. VISION NOCTURNA (met. usado)				CORREGIDO				
							68. LENTES ROJOS				
							69. TONOMETRIA (met. usado)				
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA					72. EQUILIBRIO (test. usado)		
OIDO DERECHO /15 cuchichada				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				DER.							
				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clinicamente Normal


Delgado Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.P.: 4087

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

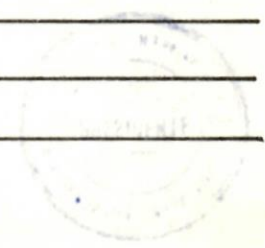
77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE VILLA Delgado Luigi		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Los Cibeles La Molina			5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 19-1-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO Lima		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Giovani Villa (padre) Idem. Telf.: 362986	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
/		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
/		19. NARIZ
/		20. SENOS PARANASALES
/		21. BOCA Y GARGANTA
/		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
/		23. TIMPANOS (Perforación)
/		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
/		25. OFTALMOSCOPIA
/		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
/		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
/		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
/		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
/		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
/		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
/		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
/		33. SISTEMA ENDOCRINO
/		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
/		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
/		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
/		37. PIES
/		38. COLUMNA VERTEBRAL—MUSCULOS
/		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
/		40. PIEL, LINFATICOS
/		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
/		42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O.—Diente curable X.—Diente extraído (6 x 8).—Puentes fijos L.—Diente no curable XXX.—Reemplazado removibles, incluyendo pilares															OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES			
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z Q U I E R D A	¿Apto Dentalmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E																		
R																		
E																		
CH	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		
A																		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.30</i>		52. PESO <i>36</i>		53. COLOR PELO <i>N</i>		54. COLOR OJOS <i>P.</i>		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA <i>N</i>	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón) <i>20</i>					
SENTADO	SIST <i>100</i>	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
	DIAST <i>70</i>		DIAST		DIAST.						
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
O I / 20		CORREGIDO A / 20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.	
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.I.		DES. CON.	
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.I.		DES. DIV.	
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)			65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD					
O D						(Método usado)					
O I			67. VISION NOCTURNA (met. usado)			NO CORREGIDO					
66. CAMPO VISUAL						CORREGIDO					
						68. LENTES ROJOS					
						69. TONOMETRIA (met. usado)					
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA					72. EQUILIBRIO (test. usado)		
OIDO DERECHO /15 cuchichada				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				DER.							
				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Chocamae Namel

J. Delgado
Jose Delgado Rojas
Medico - Cirujano
CAP: 4887

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES - Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE DEL BUSTO SOFIA GISELA		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Rta Primavera 2354 Surco		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 10-7-77		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO Abos Del Busto (Padre) Iq. Iq.	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
/		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
/		19. NARIZ
/		20. SENOS PARANASALES
/		21. BOCA Y GARGANTA
/		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
/		23. TIMPANOS (Perforación)
/		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
/		25. OFTALMOSCOPIA
/		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
/		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
/		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
/		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
/		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
/		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
/		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
/		33. SISTEMA ENDOCRINO
/		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
/		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
/		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
/		37. PIES
/		38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS
/		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
/		40. PIEL, LINFATICOS
/		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
/		42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41 DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
O.- Diente curable X.- Diente extraído (6 x 8).- Puentes fijos L.- Diente no curable XXX.- Reemplazado removibles, incluyendo pilares																		
D E R E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z Q U I E R D A	¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA		52. PESO		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA									
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) 70													
SENTADO	SIST 100	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.									
DIAST 70	DIAST	DIAST	DIAST	DIAST.	DIAST.	DIAST.	DIAST.	DIAST.	DIAST.	DIAST.	DIAST.								
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA											
O D / 20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.							
O I /20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.							
62. HETEROFORIA																			
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.		BP.	P.R.						
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.		P.P.	P.R.						
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD												
O D							(Método usado)			NO CORREGIDO									
O I			67. VISION NOCTURNA (met. usado)							CORREGIDO									
66. CAMPO VISUAL							68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)									
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA						72. EQUILIBRIO (test. usado)									
				250		500		1000		2000		3000		4000		8000		12000	
OIDO DERECHO /15 cuchichada				DER.															
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				IZQ.															

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal

Delgado
José Delgado Rojas
 Médico-Cirujano
 C.M.P. 4687

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS *(Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)*

75. RECOMENDACIONES- *Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)*

76. EL EXAMINADO está *calificado para*
 no está

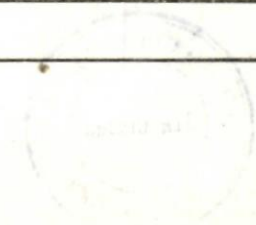
77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO *(letra imprenta)* FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO *(letra imprenta)* FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA *(letra imprenta)* FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA *(letra imprenta)* FIRMA:





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE SEMPERTEGUI JUSTO GABRIEL		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Los Tiros 205 Casapinas - Surco		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO		13. LUGAR DE NACIMIENTO LIMA		14. NOMBRE, PARENTESCO Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO GUSTAVO SEMPERTEGUI (PADRE) DREN	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL TELF 550719		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
/		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
/		19. NARIZ
/		20. SENOS PARANASALES
/		21. BOCA Y GARGANTA
/		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
/		23. TIMPANOS (Perforación)
/		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
/		25. OFTALMOSCOPIA
/		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
/		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
/		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
/		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
/		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
/		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
/		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
/		33. SISTEMA ENDOCRINO
/		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
/		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
/		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies, fuerza y motilidad)
/		37. PIES
/		38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
/		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatua-jes)
/		40. PIEL, LINFATICOS
/		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
/		42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (añotar cualquier anotar cualquier (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O. - Diente curable X. - Diente extraído (6 x 8) - Puentes fijos L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado removibles, in- ●. - Diente curado cluyendo pilares																OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z Q U I E R D A	Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E																		
R																		
E																		
L																		
C																		
H																		
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)		47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)	
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal			
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH		50. OTRAS PRUEBAS	

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA		52. P.F.S.O		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA		
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) 72						
SENTADO	SIST 100 DIAST 70	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PA- RADO 3 Mins.		
59. VISION DE LEJOS			60. REFRACCION			61. VISION DE CERCA						
O D / 20	CORREGIDO A / 20		ESF.	CIL.	PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.			
O I / 20	CORREGIDO A / 20		ESF.	CIL.	PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.			
62. HETEROFORIA												
LEJOS		ESO ^o	EXO ^o	H.D.	H.I.	DES. CON.		EP.	P.R.			
CERCA		ESO ^o	EXO ^o	H.D.	H.I.	DES. DIV.		P.P.	P.R.			
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)			65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD						
O D						(Método usado)			NO CORREGIDO			
O I			67. VISION NOCTURNA (met. usado)						CORREGIDO			
66. CAMPO VISUAL						68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)			
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA					72. EQUILIBRIO (test. usado)			
				250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000	
OIDO DERECHO /15 cuchichada				DER.								
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				IZQ.								

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal


José Delgado Rojas
Médico-Cirujano
C.M.P. 4087

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE DEL BUSTO SEGURA TOROS		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION N°	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Prta. Primavera 2354 Surco		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 15-9-70		13. LUGAR DE NACIMIENTO CALLAO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCAÑO TOROS DEL BUSTO (PADRE) IDEM	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL		

17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD: TIEMPO EN DICHO TRABAJO: ULTIMOS SEIS MESES:

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier) (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente) O.- Diente curable L.- Diente no curable ●.- Diente curado X.- Diente extraído XXX.- Reemplazado (6 x 8). - Puentes fijos removibles, incluyendo pilares																OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
D E R E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

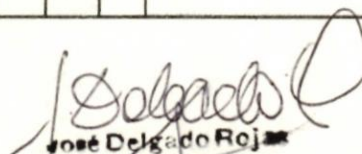
45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA		52. P.F.S.O		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA				
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón)								
SENTADO	SIST	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PA- RADO 3 Mins.				
	DIAST		DIAST		DIAST.									
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA						
O D	/ 20	CORREGIDO A	/ 20	ESF.	CIL.	PRISMA		CORREGIDO A ESF.	CIL.					
O I	/ 20	CORREGIDO A	/ 20	ESF.	CIL.	PRISMA		CORREGIDO A ESF.	CIL.					
62. HETEROFORIA														
LEJOS		ESO ^o		EXO ^o		H.D.		H.L.		DES. CON.		EP.	P.R.	
CERCA		ESO ^o		EXO ^o		H.D.		H.L.		DES.DIV.		P.P.	P.R.	
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD							
O D							(Método usado)					NO CORREGIDO		
O I												CORREGIDO		
66. CAMPO VISUAL			67. VISION NOCTURNA (met. usado)				68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)				
AUDICION				71. AUDIOMETRIA						72. EQUILIBRIO (test. usado)				
					250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000		
OIDO DERECHO /15 cuchichada				DER.										
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				IZQ.										

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal


José Delgado Rojas
 Médico Cirujano
 C.M.P.: 4687

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

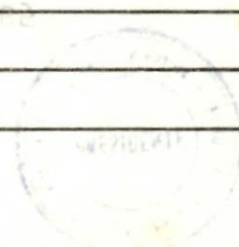
77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE SZESER ARAGONES MICHELLE			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO			3. IDENTIFICACION No.		
4. DIRECCION DOMICILIARIA EL PASO H-18 LA MOLINA			5. OBJETO DEL EXAMEN			6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85		
7. SEXO M.	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	AL ESTADO CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO		
12. FECHA DE NACIMIENTO 21-6-76		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO Y DIRECCION DEL PARTIENE MAS CERCAÑO GERMANO SZESER (PADRE) + dem.				
15. LUGAR DEL EXAMEN Se Sede Social				16. INFORMACION ADICIONAL				
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:			TIEMPO EN DICHO TRABAJO:			ULTIMOS SEIS MESES:		

EVALUACION CLINICA

NOTAS.—Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad))
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier (Marcar como se efectuó))
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41 DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																
O.— Diente curable X.— Diente extraído [6 x 8].— Puentes fijos																
L.— Diente no curable XXX.— Reemplazado removibles, in-																
●.— Diente curado chuyendo pilares																
D E R E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES

¿Apto Dentalmente?

Si No

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	Normal					
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA		52. P.FSO		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón) 72					
SENTADO	SIST 100 DIAST 70	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PA- RADO 3 Mins.	
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20	CORREGIDO A / 20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.	CIL.					
O I / 20	CORREGIDO A / 20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.	CIL.					
62. HETEROFORIA											
LEJOS	ESO°	EXO°	H.D.	H.I.	DES. CON.	EP.	P.R.				
CERCA	ESO°	EXO°	H.D.	H.I.	DES. DIV.	P.P.	P.R.				
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)			65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD					
O D						(Método usado)			NO CORREGIDO		
O I			67. VISION NOCTURNA (met. usado)						CORREGIDO		
66. CAMPO VISUAL						68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)		
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA					72. EQUILIBRIO (test. usado)		
OIDO DERECHO	/15 cuchichada	DER.	250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000	
OIDO IZQUIERDO	/15 cuchichada	IZQ.									

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínica Normal

Delgado
Jose Delgado Rojas
 Médico Cirujano
 C.M.P. 4837

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

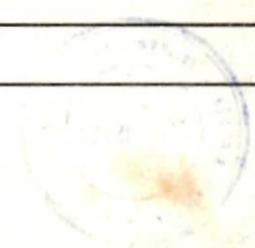
77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA



Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE Idiaguez Aragones Jacqueline		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION N°	
4. DIRECCION DOMICILIARIA VALLE ROSTRA 851 PUEBLO LIBRE		5. OBJETO DEL EXAMEN		6. FECHA DEL EXAMEN 14-7-85	
7. SEXO	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR / CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA		11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 23-9-72		13. LUGAR DE NACIMIENTO China		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN Sede Social			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL-MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier) (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)		OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES	
O.- Diente curable X.- Diente extraído (6 x 8). - Puentes fijos		I Z Q U I E R D A ¿Apto Dentalmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
L.- Diente no curable XXX.- Reemplazado			
●.- Diente curado			
D E R E C H A	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		
	32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17		

EXAMENES DE LABORATORIO

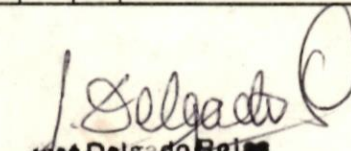
45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD		46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)		47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)	
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA		Normal	
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA		52. P.F.S.O		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón) 77					
SENTADO	SIST 100 DIAST 70	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PA- RADO 3 Mins.	
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D / 20	CORREGIDO A /20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.	CIL.					
O I /20	CORREGIDO A /20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF.	CIL.					
62. HETEROFORIA											
LEJOS	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. CON.	EP.	P.R.				
CERCA	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. DIV.	P.P.	P.R.				
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD				
O D					(Método usado)			NO CORREGIDO			
O I					67. VISION NOCTURNA (met. usado)			CORREGIDO			
66. CAMPO VISUAL							68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)	
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA						72. EQUILIBRIO (test. usado)	
OIDO DERECHO	/15 cuchichada	DER.	250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000	
OIDO IZQUIERDO	/15 cuchichada	IZQ.									

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

Clínicamente Normal


José Delgado Rojas
Médico-Cirujano
CAMP: 4687

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA

