



RESOLUCION No. 167-AD-88.

Lima, 17 de MARZO de 1988.

Visto el Oficio N°145-FPV-88, presentado por la Federación Peruana de Vela;

CONSIDERANDO :

Que, la Federación recurrente solicita al Instituto Peruano del Deporte autorización oficial, para poder participar en el XVI Campeonato Sudamericano de Veleros Clase Optimist realizarse en la Ciudad de Punta del Este - Uruguay del 26 de Marzo al 03 de Abril de 1988;

Con las opiniones favorables de la Dirección Nacional de Deporte de Afiliados, Oficina de Asesoría Jurídica y Dirección Ejecutiva Nacional; y visto el certificado médico correspondiente;

De conformidad con el Art.9° - numeral 12 y Art.77° - del Decreto Legislativo N°328 - Ley General del Deporte y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°07-ED-86; y con cargo a dar cuenta al Consejo Nacional del Deporte;

SE RESUELVE :

Artículo 1° .- AUTORIZAR, a la Federación Peruana de Vela para que su delegación deportiva nacional viaje a la Ciudad de Punta del Este - Uruguay, a participar en el XVI Campeonato Sudamericano de Veleros Clase Optimist a realizarse del 26 de Marzo al 03 de Abril de 1988.

Artículo 2° .- La nómina de la delegación deportiva es la siguiente :

<u>Presidente</u>	:	Sr. José Emilio REMY PADILLA
<u>Delegado</u>	:	Sr. José María RAIGADA PEREZ
<u>Entrenador</u>	:	Sr. Gustavo Rodolfo BELAUNDE VILLALON
<u>Jefe de Equipo</u>	:	Sr. Germán Manuel DIAZ PORTUGAL
<u>Deportistas</u>	:	Sergio Alvaro MAVILA RIVASPLATA
		Juan Andrés SEVILLA DEL SOLAR
		Jimmy Andrés SANDOVAL MONTENEGRO
		Ricardo Regino CANO SAIJA
		Emilio Italo REMY CASTAGNOLA
		Eduardo Hugo CANO SAIJA
		Javier Francisco VIDAL SAIJA
		José María RAYGADA DIGGLE
		Emilio DIAZ CUADROS
		Raphael Ivan BELAUNDE SAIJA

Artículo 3° .- De conformidad con el Art.77° establecido por el Decreto Legislativo N° 328 y reglamentado por el Art.76° del Decreto Supremo N°07-ED del 13-03-86, la indicada delegación deportiva está exonerada de los impuestos sobre signos de aviación a que se contrae el Decreto Legislativo N°209 sobre impuestos a los bienes y servicios del Decreto Ley N°22317 modificado por el Art.2° del citado Decreto Legislativo N° 209 y del impuesto a los viajes al exterior de los Decretos Leyes N° 22317 y 24030.



RESOLUCION No. 167-AD-88.

Lima, 17 de MARZO de 1988.

/.

Artículo 4°.- Los gastos que ocasione el indicado viaje, afectará el Presupuesto de la Federación Peruana de Vela (Transferencias Corrientes é Ingresos Propios).

Artículo 5°.- La Delegación arriba mencionada será beneficiaria con la Tasa -- Preferencial del cambio de moneda extranjera hasta un máximo de \$ 7,040.-- (SIETE MIL CUARENTA DOLARES AMERICANOS).

Artículo 6° Al término del citado evento internacional, la Federación Peruana de Vela tiene 15 (QUINCE) días para emitir su Informe Técnico -- Económico a la Dirección Nacional de Deporte de Afiliados. El incumplimiento de esta disposición originará que el Instituto Peruano del Deporte no de trámite al próximo pedido de autorización de viaje al extranjero.

Regístrese y Comuníquese.

RCN:DINADAF.

EBV:rrv.

Exp.N° 1879




GERARDO MARUY TAKAYAMA
Presidente del
Consejo Nacional del Deporte

Res. 164-AD-88 del 14-03-88

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE (I. P. D.) HOJA DE REGISTRO Y CONTROL		NOMBRE: FED.PER.VELA of. 145-88-FPV de 11.3.88	NUMERO 1879 REF.
Fecha de INGRESO: 14.3.88		ASUNTO: Autorización de viaje para participación de la Asociación Peruana de Optimist, en el Campeonato XVI Sudamericano de Veleros Clase Optimist/ Punta Este, Uruguay, del 26 de Marzo al 03 de Abril.	
Hora: 11:00 AM			
Numero de Folios: (26) Folios			
Registrado por: Romero			
Pase a:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. 1879 No. de Folio
Remitido por:		Observaciones:	
Recibido por:			
Fecha Hora			
		5	

Pase a:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. 1879 No. de Folio
Remitido por:		Observaciones:	
Recibido por:			
Fecha Hora			
		4	

Dis 164-88 del 17-03-88

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE (I. P. D.) HOJA DE REGISTRO Y CONTROL		NOMBRE: FED. PER. VELA		NUMERO REF.
		ASUNTO: <i>OF. 143-88-PPV de 11.3.88</i> Autorización de viaje para participación de la Asociación Peruana de Optimist, en el Campeonato XVI Sudamericano de Veleros Clase Optimist/ Punta Este, Uruguay, del 26 de marzo al 03 de Abril.		No. No. de Folio
Fecha de INGRESO: <i>14 3 88</i>		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR		No. No. de Folio
Hora: <i>11:00 AM</i>		Registrado por: <i>(26) (Folios)</i>		No. No. de Folio
Pase a: Remitido por: Recibido por:		Observaciones: <i>Punta Este, Uruguay, del 26 de marzo al 03 de Abril.</i>		5
Fecha Hora				

Pase a: Remitido por: Recibido por:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. No. de Folio
Observaciones: Fecha Hora		4	

Pase a: Remitido por: Recibido por:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. No. de Folio
Observaciones: Fecha Hora		3	

Pase a: Remitido por: Recibido por:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. No. de Folio
Observaciones: Fecha Hora		2	

Pase a: Remitido por: Recibido por:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. No. de Folio
Observaciones: Fecha Hora		1	



FEDERACION PERUANA DE VELA

MIEMBRO DEL INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
AFILIADA AL COMITE OLIMPICO PERUANO
AFILIADA A INTERNATIONAL YACHT RACING UNION
(L. Y. R. U.)

DEL DEPORTE
Trámite Documentario
FOLIO No 01
JND

LA PUNTA, 11 MARZO 1988

Of. Nro. 145-88 FPV.

Señor
Rodolfo CREMER Nicoli
Director Nacional de Deportes
de Afiliados
PRESENTE.-



De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., con la finalidad de comunicarle que la Asociación Peruana de Optimist participará en el Próximo Campeonato XVI Sudamericano de Veleros Clase Optimist, el cual se llevará a cabo en Punta del Este - URUGUAY - del 26 de Marzo al 03 de Abril de 1988.

La presente tiene por finalidad pedirle se nos otorgue el permiso correspondiente, mediante la Resolución respectiva para que el equipo Peruano pueda viajar a dicho Campeonato.

Adjunto al presente, Copia de Invitación del citado evento constituida por el documento "Primer Aviso Preliminar de Regata" así como el informe técnico, adjuntamos también las fichas de examen médico de los diez (10) timoneles que participarán.

Sin otro en particular y esperando su aprobación para dicho evento, aprovecho la oportunidad para saludarlo y reiterarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

MUY ATENTAMENTE



José Emilio REMY Padilla
PRESIDENTE

Copia: Archivo

Trans. Cel. Tel. e Ingresos a la 14.3.88



FEDERACION PERUANA DE VELA

MIEMBRO DEL INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
AFILIADA AL COMITE OLIMPICO PERUANO
AFILIADA A INTERNATIONAL YACHT RACING UNION
(I. Y. R. U.)

INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE
Frámite Documentaria
FOLIO No. 02

DELEGACION QUE VIAJARA AL XVI CAMPEONATO DE
VELEROS CLASE OPTIMIST - URUGUAY -

Presidente: Sr. Jose Emilio REMY PADILLA

~~Presidente de Delegación: José Emilio Remy Padilla~~

Delegado

Jefe de Delegación Sr. José María RAYGADA Pérez

Entrenador Sr. Gustavo Rodolfo BELAUNDE Villalón

Jefe de Equipo Sr. Germán Manuel DIAZ potugal

TIPONELES: Deportistas:

- 01) Sergio Alvaro MAVILA Rivasplata
- 02) Juan Andrés SEVILLA Del Solar
- 03) Jimmy Andrés SANDOVAL Montenegro
- 04) Ricardo Regino CANO Saija
- 05) Emilio Italo Remy Castagnola
- 06) Eduardo Hugo CANO Saija
- 07) Javier Francisco VIDAL Saija
- 08) José María RAYGADA Diggle
- 09) Emilio DIAZ Cuadros
- 10) Raphael Iván BELAUNDE Saija



INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE
Trámite Documentación
FOLIO N.º 03

DIRECCION PUERTO BUCEO TEL.: 78 04 15 - DIREC. TEL. "YACHTCLUB" CASILLA DE CORREO 0527 TELEX CRILEYA UY 874

PRIMER AVISO PRELIMINAR DE REGATA

XVI CAMPEONATO SUDAMERICANO

CLASE INTERNACIONAL

OPTIMIST

26 DE MARZO — 3 DE ABRIL

1988

PUNTA DEL ESTE

URUGUAY

La Asociación Uruguaya de Optimist (A.U.D.O.) tiene el placer de invitar a su equipo a participar del XVI Campeonato Sudamericano de la Clase Internacional Optimist que tendrá lugar en la Ciudad de Punta del Este; Departamento de Maldonado, en la República Oriental del Uruguay, entre los días 26 de Marzo al 3 de Abril de 1988.

- SEDE DEL CAMPEONATO : Yacht Club Punta del Este; quien oficiará de Club anfitrión.
- ZONA DE REGATAS : Rio de la Plata, Bahía de Maldonado; en las proximidades del Oceano Atlántico.
- REGLAS DE REGATA : Las regatas serán corridas bajo las reglas de la IYRU ;el Reglamento de la Clase Internacional Optimist y las Instrucciones de regata.
- A D M I S I O N : El Campeonato es abierto, por lo que se admiten timoneles no sudamericanos; los cuales serán bienvenidos. La admisión está abierta a timoneles nacidos en 1973, o después de ese año, y hasta un máximo de 15 timoneles por País. El País organizador podrá inscribir plazas adicionales.
- INSCRIPCION : Por cada participante u\$s 170; por cada Team Leader u\$s 220. Los precios mencionados incluyen alojamiento y comida. El pago deberá remitirse, junto con la confirmación de participación, antes del 30 de enero de 1988
- REGISTRO PRELIMINAR : Para una mejor planificación de reservas de alojamiento y/o alquiler de botes, se le solicita amablemente, enviar a vuelta de correo el formulario de registro preliminar lo antes posible, y no mas tarde del 30 de noviembre de 1987.
- REGISTRO FINAL : Las confirmaciones de participación y el pago de las sumas apropiadas deberán ser recibidas antes del 30 de Enero de 1988.
- ALOJAMIENTO Y TRANSPORTE : Se dará alojamiento a los participantes y team leader's en el Campus de Maldonado, el cual cuenta con todos los servicios imprescindibles y aceptable confort. Está previsto el traslado desde el alojamiento a la Sede del Campeonato y viceversa.
- C O M I D A S : A los participantes y Team Leader's se les dará almuerzo marinerero mediante bolsas plasticas acondicionadas al efecto y refrescos. La cena se servirá en un local del Yacht Club Punta del Este.

ULTIMO AVISO DE : El último aviso de regata les será enviado antes del
REGATA 30 de Diciembre de 1987.

ALQUILER DE BOTES : Optimist nuevos, de fabricación Argentina, se podrán
obtener en alquiler por el período de la duración del
evento, a precios normales. Los botes serán asignados
en el orden en que llegen las solicitudes de reservas
Los precios serán confirmados junto con el último avi
so de regata.

EVENTOS SOCIALES : En el transcurso del Campeonato se organizarán eventos
sociales para los jóvenes, a fin de promover la amis-
tad entre ellos y asegurarles una agradable estadía en
Uruguay.

BARCO DE ESPECTA- : Estará a disposición una embarcación para llevar a las
DORES familias de los competidores y miembros oficiales. Se
cobrará una tarifa reducida.

INFORMACION Existirá abierta en forma permanente una oficina de In
GENERAL : formaciones Generales.

El cambio de moneda es totalmente libre, existiendo muy
cerca de la Sede del Campeonato Bancos y Casas de Cam-
bio. La moneda es el Nuevo Peso.

Se brindarán facilidades a la Prensa, tales como telé-
fonos, telex, telefax etc.

Un servicio de reparaciones de botes, velas etc. estará
a disposición de los Competidores.

Servicios médicos y de urgencias serán atendidos en
las instalaciones del Yacht Club Punta del Este.

Punta del Este es una hermosa ciudad balnearia distan
te a 125 Kmts. de Montevideo Capital del Uruguay.

El idioma oficial será el Español.

FORMULARIO PRELIMINAR DE REGISTRO

Atención Srs. Miembros del
Comité Organizador del
XVI Campeonato Sudamericano de Optimist

La Asociación Optimist de.....(País) tiene
intención de participar en el XVI Campeonato de la Clase Internacional
Optimist.

El número de navegantes del quipo oficial es de(Máx. 15)

Team Leader (1)

Representante.... (1)

Además de lo anterior nos interesaría alquilar..... botes

POR FAVOR DEVUELVA AMBOS FORMULARIOS LO ANTES POSIBLE Y NO MAS ALLA DEL
30 de NOVIEMBRE DE 1987

PROGRAMA PRELIMINAR

Viernes 25 de Marzo:	09.00 Inscripción y medición
Sabado 26 de Marzo	Dia de arribo oficial de delegaciones 09.00 Inscripción y medición
Domingo 27 de Marzo	09.00 Inscripción y medición 14.00 Regata preparatoria 18.00 Reunión de Team Leader's
Lunes 28 de Marzo	09.30 Ceremonia de apertura 12.00 Primera regata; y segunda a continuación
Martes 29 de Marzo	12.00 Tercera regata; y cuarta a continuación
Miercoles 30 de Marzo	12.00 Quinta regata ; y sexta a continuación
Jueves 31 de Marzo	12.00 Séptima regata; y reserva
Viernes 1 de Abril	12.00 Regata por equipos 12.00 Regata especial (no oficiales)
Sabado 2 de Abril	12.00 Regata por equipos 12.00 Regata especial (no oficiales)
Domingo 3 de Abril	11.00 Regatas suspendidas 13.00 Entrega de premios y Acto de clausura



ASOCIACION OPTIMIST DEL PERU

AFILIADA A LA INTERNATIONAL OPTIMIST DINGUI ASSOCIATION

INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE
FOLIO 06

XVI CAMPEONATO SUDAMERICANO DE CLASE OPTIMIST

PUNTA DEL ESTE, URUGUAY - 26 DE MARZO AL 3 DE ABRIL 1988

INFORME TECNICO

1.- METODO DE SELECCION:

El método de selección empleado ha sido mediante la formación de una Pre-Selección de quince (15) Timoneles a través de ventidós (22) Regatas entre Mayo y Diciembre de 1987 correspondientes al Campeonato Nacional, y de las cuáles se computaron quince (15) en base al Puntaje Olímpico.

La Pre-Selección ya integrada en base al procedimiento antes indicado, y luego de veinte (20) días de intensivo entrenamiento de seis (6) horas efectivas diarias a cargo del Entrenador de nacionalidad Uruguaya especialmente contratado, ha sido sometida a un proceso selectivo de cinco (5) regatas, de cuyos resultados con puntuación olímpica y la aplicación de una ponderación de 25% en relación al resultado de las quince (15) regatas computadas a lo largo del año, han quedado seleccionados los diez (10) mejores navegantes que obtuvieron los diez (10) mejores resultados.

2.- LOGROS A OBTENERSE:

Del esfuerzo realizado por los deportistas, por la Asociación Optimist del Perú y Clubes afiliados se espera alcanzar los siguientes logros con la participación en el XVI Campeonato Sudamericano de Clase Optimist:

a) Elevar en 45% el nivel promedio de performance de nuestra representación en relación al Sudamericano de Argentina en 1987 y en 61% en relación al resultado del Sudamericano de Brasil en 1986, a fin de contar para el Sudamericano de 1989 (que, hasta el momento debe realizarse en Perú) con deportistas capaces de situarse dentro de las quince primeras colocaciones sobre un total de 90 competidores en promedio procedentes de Sudamérica y otros continentes por tratarse de Campeonatos Sudamericanos abiertos.

b) Obtener con nuestra participación en el Sudamericano del presente año, la confirmación de la Sede para 1989 que tenemos ya asignada, y donde Chile es sede alterna.

c) Asegurar, mediante la confirmación de la Sede del Sudamericano de 1989, el desarrollo futuro de esta disciplina deportiva dentro de la niñez y juventud de nuestro País.

La Punta, 7 de Marzo de 1988

Frederick D. Korswagen
Frederick David KORSWAGEN Edery
SECRETARIO GENERAL

Fernando Ayulo Vargas
VICE-PRESIDENTE
ENCARGADO DE LA PRESIDENCIA



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

CANO Salta Ricardo

1. APELLIDO PATERNO-MATerno-NOMBRE		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA		5. OBJETO DEL EXAMEN OPTIMIST		6. FECHA DEL EXAMEN 19-02-88	
7. SEXO	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		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN			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 (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, 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 ☐ VAGINAL ☐ RECTAL	

R. GUZMAN R.
Médico - Chujano
CMP 14332

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)		OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES
(Continuar en el inciso 73)		
O.—Diente curable X.—Diente extraído (6 x 8).—Puentes fijos removibles, incluyendo pilares L.—Diente no curable XXX.—Reemplazado •.—Diente curado		¿Apto Dentalmente? Si ☒ No ☐
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	
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH	50. OTRAS PRUEBAS

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.78</i>		52. PESO <i>63 Kg</i>		53. COLOR PELO <i>CA</i>		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado ☐ Mediano ☐ Grueso ☐ Obeso ☐		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. <i>130</i>	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PA- RADO 3 Mins.	
	DIAST		DIAST		DIAST. <i>80</i>						
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. HTEROFORIA											
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								NO CORREGIDO			
66. CAMPO VISUAL				67. VISION NOCTURNA (met. 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				DER.							
				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

(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)

APTO. n. Jugo



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

[Signature]
BERNARDO GONZALES R.
 Medico - Cirujano
 CMP-1435205-88
[Signature]
WILSON MORALES A.
 M-247213165-E

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 05185 EF 11.80

IMPORTE

IMPORTE SELLO M-03185-EMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL

- ☐ CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP
- ☒ CERTIFICADO MEDICO
- FORMULARIO DE MIGRACIONES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES
- ☐ FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO
- ☐ PADRON GENERAL DE MINAS
- ☐ POLIZA DE IMPORTACION
- ☐ POLIZA DE EXPORTACION
- ☐ POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO
- ☐ CLASIFICACION ARANCELARIA
- REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS
- ☐ INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES
- ☐ CONSTANCIA CERTIFICADA
- ☐ POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS
- INSCRIPCION
- ☐ POLIZA DE CABOTAJE
- ☐ EXPEDICION DE PASAPORTE
- ☐ REVALIDACION DE PASAPORTE
- TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL
- ☐ CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ SERVICIO DE SEGURIDAD
- TASAS POLICIALES PIP
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ PERITAJE CRIMINALISTICO
- ☐ ODONTOGRAMA
- ☐ RECIBO ARRENDAMIENTO

DIVERSOS ENCARGOS

- ☐ BOLETA UNICA DE LITIGANTE
- ☐ SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
- ☐ GRAVAMEN DE VEHICULOS
- TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR - (BREVETE)
- ☐ CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
- ☐ CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
- TASAS PODER JUDICIAL
- ☐ CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
- ☐ BOLETA RECUSACIONES
- PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
- ☐ LIMA - CALLAO MUEBLES
- ☐ LIMA - CALLAO INMUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIA) MUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIA) INMUEBLES
- ☐ TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
- ☐ PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
- ☐ BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA

☐ BOLETA DEL ECONOMISTA

☐ BANCO DE LA NACIÓN

☐

☐

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOMICILIO

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO

El médico y farmacéutico certifica:
 1. El señor Ricardo Cano Saiz
 ha pasado examen médico en el Policlínico de la Escuela Naval, cuyo resultado es: apto para competencias deportivas.

Se expide el presente a su solicitud
por su presentado de I. P. O.

Feb. 19-1988

M. J. [Signature]
C.M.P. 2012

INSTITUTO
DEL DEPORTE
Trámite Documentación
FOLIO No. 09

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATerno-NOMBRE REMY Castagnola Emilio		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA Domingo Ponte 874 Magdalena		5. OBJETO DEL EXAMEN Optimist		6. FECHA DEL EXAMEN	
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. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN POLICLINICO-ESNA.			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 (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)
☐	☐	43. PELVIS ☐ VAGINAL ☐ 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).

El Teniente Primero Sr.
Jefe Div. de Traumatología
Jorge FALEN Díez
CMP. 15028

39. CRATIZ op. ABDOMINAL (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 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 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17	¿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			
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH		50. OTRAS PRUEBAS	

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <u>1.68</u>		52. PESO <u>58 Kg</u>		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado ☐ Mediano ☐ Grueso ☐ Obeso ☐		56. TEMPERATURA	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón)					
SENTADO	SIST. <u>110</u> DIAST. <u>70</u>	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.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)

(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



El Testeado Primario SN
Jefe Div. de Traumatología
Jorge FALEN, Díaz
CMP. 15028
#1 DE JUNIO DE 1981
#2 2473-1556-1

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF/11

IMPORTE

IMPORTE SELLO MAQUINA IMPERADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL

- ☐ CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP
- ☒ CERTIFICADO MEDICO
- FORMULARIO DE MIGRACIONES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES
- ☐ FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO
- ☐ PADRON GENERAL DE MINAS
- ☐ POLIZA DE IMPORTACION
- ☐ POLIZA DE EXPORTACION
- ☐ POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO
- ☐ CLASIFICACION ARANCELARIA
- REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS
- ☐ INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES
- ☐ CONSTANCIA CERTIFICADA
- ☐ POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS
- INSCRIPCION
- ☐ POLIZA DE CABOTAJE
- ☐ EXPEDICION DE PASAPORTE
- ☐ REVALIDACION DE PASAPORTE
- TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL
- ☐ CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ SERVICIO DE SEGURIDAD
- TASAS POLICIALES PIP
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ PERITAJE CRIMINALISTICO
- ☐ ODONTOGRAMA
- ☐ RECIBO ARRENDAMIENTO

DIVERSOS ENCARGOS

- ☐ BOLETA UNICA DE LITIGANTE
- ☐ SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULO NUEVOS
- ☐ GRAVAMEN DE VEHICULOS
- ☐ TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
- ☐ CLASE 1 (PROFECCIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
- ☐ CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
- TASAS PODER JUDICIAL
- ☐ CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
- ☐ BOLETA RECUSACIONES
- PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
- ☐ LIMA - CALLAO MUEBLES
- ☐ LIMA - CALLAO INMUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
- ☐ TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
- ☐ PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
- ☐ BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA

BANCO DE LA NACION
BOLETA DEL ECONOMISTA
Agencia La Pampa

19 FEB. 1985

ESPECIES VALORADAS

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

DOMICILIO _____

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATerno-NOMBRE CANO Saiza Eduardo		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA		5. OBJETO DEL EXAMEN OPTOMIST		6. FECHA DEL EXAMEN 19-02-88	
7. SEXO	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN				16. INFORMACION ADICIONAL	

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

EVALUACION CLINICA	
Normal	Anor-mal
	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))
☒	43. PELVIS ☐ VAGINAL ☐ 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).

FERNANDO GONZALES R.
Médico - Cirujano
CMP 14332

(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 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 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17		
¿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			
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH	50. OTRAS PRUEBAS

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.58</i>		52. PESO <i>51 Kg</i>		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. TEXTURA Delgado ☐ Mediano ☐ Grueso ☐ Obeso ☐		56. TEMPERATURA	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón)					
SENTADO	SIST	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST. <i>100</i>	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
	DIAST		DIAST		DIAST. <i>60</i>						
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. /	
										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			
								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)

(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)

APTO *15 de Mayo*



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:

Fernando Gonzales R.
Medico Cirujano
CMP 1479-05-88

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

OBLENIS

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

Waldo Norquillo H.
Dentista
2479-1155-1

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

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO

ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF/11

IMPORTE

IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL

- ☐ CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP
- ☒ CERTIFICADO MEDICO
- FORMULARIO DE MIGRACIONES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES
- ☐ FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO
- ☐ PADRON GENERAL DE MINAS
- ☐ POLIZA DE IMPORTACION
- ☐ POLIZA DE EXPORTACION
- ☐ POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO
- ☐ CLASIFICACION ARANCELARIA
- REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS
- ☐ INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES
- ☐ CONSTANCIA CERTIFICADA
- ☐ POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS
- INSCRIPCION
- ☐ POLIZA DE CABOTAJE
- ☐ EXPEDICION DE PASAPORTE
- ☐ REVALIDACION DE PASAPORTE
- TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL
- ☐ CERTIFICADO (DOMILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ SERVICIO DE SEGURIDAD
- TASAS POLICIALES PIP
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ PERITAJE CRIMINALISTICO
- ☐ ODONTOGRAMA
- ☐ RECIBO ARRENDAMIENTO

DIVERSOS ENCARGOS

- ☐ BOLETA UNICA DE LITIGANTE
- ☐ SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULO LOS NUEVOS
- ☐ GRAVAMEN DE VEHICULOS
- TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
- ☐ CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
- ☐ CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
- TASAS PODER JUDICIAL
- ☐ CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
- ☐ BOLETA RECUSACIONES
- PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
- ☐ LIMA - CALLAO MUEBLES
- ☐ LIMA - CALLAO INMUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
- ☐ TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
- ☐ PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
- ☐ BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
- ☐ BOLETA DEL ECONOMISTA

BANCO DE LA NACION
ESPECIES VALORADAS
 19

F-OP-088

EXPENDEDOR

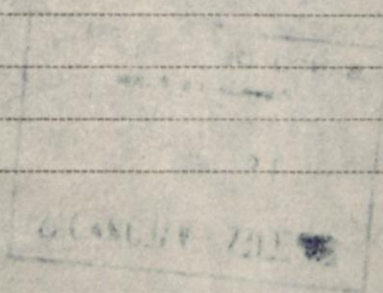
2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

DOMICILIO _____

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:



INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE
Trámite Documental
FOLIO No. 13

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERO-NOMBRE VIDAL Saija Javier			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO			3. IDENTIFICACION No.		
4. DIRECCION DOMICILIARIA			5. OBJETO DEL EXAMEN OPTIMIST			6. FECHA DEL EXAMEN 19-02-88		
7. SEXO	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			14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO		
15. LUGAR DEL EXAMEN			16. INFORMACION ADICIONAL					

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

EVALUACION CLINICA		
Normal	Anor-mal	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 (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, Tatuajes)
☒	☐	40. PIEL, LINFATICOS
☒	☐	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
☒	☐	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier (Marcar como se efectuó)
☒	☐	43. PELVIS ☐ VAGINAL ☐ 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).

FERNANDO GONZALES R.
Médico - Cirujano
CMP 14332

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 X.— Diente extraído XXX.— Reemplazado (6 x 8).— Puentes fijos removibles, incluyendo pilares																	
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I
E																	Z
R																	Q
E																	U
C																	I
H																	R
A																	D
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	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						
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <u>1.61</u>		52. PESO <u>47 Kg.</u>		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso ☐ ☐ ☐ ☐		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.	
		DIAST.				DIAST.		<u>110</u>		<u>70</u>	
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)			
				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO DERECHO /15 cuchichada				DER.							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				IZQ.							
73. NOTAS CLINICAS (continuación)											

(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)

APTO *[Firma]*



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:

FERNANDO GONZALES R.
Medico Cirujano

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

OBLIVIA

CMP 14332 73-05-88

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

[Firma]
247213155-1

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

IMPORT

IMPORTE SELLO MACCHINA TIMBRADORA

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

DOMICILIO _____

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATerno-NOMBRE RAYGADA Daiggle José		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA		5. OBJETO DEL EXAMEN OPTIMIST		6. FECHA DEL EXAMEN 19-02-88	
7. SEXO	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		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN			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))
☒	☐	43. PELVIS ☐ VAGINAL ☐ 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).

R. GONZÁLES R.
Médico - Cirujano
CMP 14332

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			
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	¿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			
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH		50. OTRAS PRUEBAS	

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <u>1.41</u>		52. PESO <u>30 kg</u>		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso ☐ ☐ ☐ ☐		56. TEMPERATURA	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo ala altura del corazón)					
SENTADO	SIST DIAST	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.	
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			
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					
						250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000					
OIDO DERECHO /15 cuchichada						DER.					
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada						IZQ.					
72. EQUILIBRIO (test. usado)											

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

(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)

ARTO M. T. J.



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

Dr. J. J. J.
Medico - Cirujano
C.R.P. 14332
10-05-88
VALDS HONORILLO A.
21221110-1

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 05235-E/11.83

IMPORTE

IMPORTE SEALG. MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL

- ☐ CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP
- ☒ CERTIFICADO MEDICO
- FORMULARIO DE MIGRACIONES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES
- ☐ FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO
- ☐ PADRON GENERAL DE MINAS
- ☐ POLIZA DE IMPORTACION
- ☐ POLIZA DE EXPORTACION
- ☐ POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO
- ☐ CLASIFICACION ARANCELARIA
- REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS
- ☐ INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES
- ☐ CONSTANCIA CERTIFICADA
- ☐ POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS
- INSCRIPCION
- ☐ POLIZA DE CABOTAJE
- ☐ EXPEDICION DE PASAPORTE
- ☐ REVALIDACION DE PASAPORTE
- TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL
- ☐ CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ SERVICIO DE SEGURIDAD
- TASAS POLICIALES PIP
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ PERITAJE CRIMINALISTICO
- ☐ ODONTOGRAMA
- ☐ RECIBO ARRENDAMIENTO

DIVERSOS ENCARGOS

- ☐ BOLETA UNICA DE LITIGANTE
- ☐ SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
- ☐ GRAVAMEN DE VEHICULOS
- TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR - (BREVETE)
- ☐ CLASE 1 (PROFECCIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
- ☐ CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
- TASAS PODER JUDICIAL
- ☐ CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
- ☐ BOLETA RECUSACIONES
- PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
- ☐ LIMA - CALLAO MUEBLES
- ☐ LIMA - CALLAO INMUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
- ☐ TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
- ☐ PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
- ☐ BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
- ☐ BOLETA DEL ECONOMISTA

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOMICILIO

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:



INSTITUTO PERAMERICANO
DEL DEPORTE
Trámite Documentación
FOLIO No. 14

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERO-NOMBRE DIÁZ cuadros Emilio			2. GRADO, CATEGORÍA, TÍTULO		3. IDENTIFICACIÓN No.
4. DIRECCIÓN DOMICILIARIA			5. OBJETO DEL EXAMEN OPTIMIST		6. FECHA DEL EXAMEN 19-02-88
7. SEXO	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		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCIÓN DEL PARIENTE MÁS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN			16. INFORMACIÓN ADICIONAL		

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

EVALUACIÓN CLÍNICA			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. OÍDOS (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. CORAZÓN (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—MÚSCULOS	
/		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)	
/		40. PIEL, LINFÁTICOS	
/		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)	
/		42. PSIQUIÁTRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier anomalía)	
Mujeres solamente			
43. PÉLVIS ☐ VAGINAL ☐ RECTAL			

(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 X.—Diente extraído XXX.—Reemplazado Puentes fijos removibles, incluyendo pilares																OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES	
D E N T A L																¿Apto Dentalmente?	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16																Si ☒ No ☐	
32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17																	

EXÁMENES DE LABORATORIO

45. ANÁLISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGÍA (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 1.67		52. PESO 51.4		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso ☐ ☐ ☐ ☐		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.	
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)

(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)

APTO a la edad



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

Handwritten signature and stamps:
 MEDICO Chujano
 CMP 13332
 10-05-98
 2472-165-1

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO
ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 0265-EF/11

IMPORTE

100.

IMPORTE SE LO MARCA EN LA IMPRESORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL

- ☐ CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIA-
LES PIP
- ☐ CERTIFICADO MEDICO
- FORMULARIO DE MIGRACIONES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO NO IN-
MIGRANTES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO INMI-
GRANTES
- ☐ FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE
SALIDA Y REINGRESO
- ☐ PADRON GENERAL DE MINAS
- ☐ POLIZA DE IMPORTACION
- ☐ POLIZA DE EXPORTACION
- ☐ POLIZA DE DECLARACION DE CONTENI-
DO
- ☐ CLASIFICACION ARANCELARIA
- REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS
- ☐ INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COM-
PR A VENTA MUEBLES
- ☐ CONSTANCIA CERTIFICADA
- ☐ POR CADA COPIA CERTIFICADA DE AC-
TUADOS
- INSCRIPCION
- ☐ POLIZA DE CABOTAJE
- ☐ EXPEDICION DE PASAPORTE
- ☐ REVALIDACION DE PASAPORTE
- TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL
- ☐ CERTIFICADO (DOMILIARIO, SUPER-
VIVENCIA, MUDANZA)
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ SERVICIO DE SEGURIDAD
- TASAS POLICIALES PIP
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ PERITAJE CRIMINALISTICO
- ☐ ODONTOGRAMA
- ☐ RECIBO ARRENDAMIENTO

DIVERSOS ENCARGOS

- ☐ BOLETA UNICA DE LITIGANTE
- ☐ SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICU-
LOS NUEVOS
- ☐ GRAVAMEN DE VEHICULOS
- TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR --
(BREVETE)
- ☐ CLASE 1 (PROFECCIONAL) ORIGINAL
O DUPLICADO
- ☐ CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O
DUPLICADO
- TASAS PODER JUDICIAL
- ☐ CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL
(SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
- ☐ BOLETA RECUSACIONES
- PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
- ☐ LIMA -- CALLAO MUEBLES
- ☐ LIMA -- CALLAO INMUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE
(PROVINCIA) MUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE
(PROVINCIA) INMUEBLES
- ☐ TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
- ☐ PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO CO-
LEGIADO
- ☐ BOLETA EVALUACION PSICOLOGIA

BANCO DE LA NACION
BOLETA DEL ECONOMISTA
Agencia La Unión

1-9 FEB. 1988

ESPECIES VALORADAS

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

DOMICILIO _____

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:



INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE
Trámite Dentista
FOLIO 19

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATerno-NOMBRE BELAUNDE Saija Rafael			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO			3. IDENTIFICACION No.		
4. DIRECCION DOMICILIARIA			5. OBJETO DEL EXAMEN OPTIMIST			6. FECHA DEL EXAMEN 19-02-88		
7. SEXO	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		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO				
15. LUGAR DEL EXAMEN				16. INFORMACION ADICIONAL				
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:				TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:		

EVALUACION CLINICA

Normal	Anor- mal	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 (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, Tatu- ajes)
/		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 ☐ VAGINAL ☐ 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).JUAN GONZALES R.
Médico - Cirujano
CMP 14332

(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																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	I Z Q U I E R D A
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	
	X										X						¿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						
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.45		52. PESO 38 Kg.		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		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)					
SENTADO		SIST.		ECHADO		SIST.		PARADO (3 min.)		SIST.	
DIAST.				DIAST.				DIAST.			
						90		60			
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. /	
										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								NO CORREGIDO			
								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)											

(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)

APTO. *[Firma]*



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:

FERNANDO GONZALEZ R.
Medico Cirujano

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

CMP 143328-88

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

FRANCISCO J. GONZALEZ R.
DENTISTA

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

247813185-8

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF. 11.03

IMPORTE

IMPORTE SELLO MAQUINA EMISORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL

- ☐ CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP
- ☒ CERTIFICADO MEDICO
- FORMULARIO DE MIGRACIONES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES
- ☐ FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO
- ☐ PADRON GENERAL DE MINAS
- ☐ POLIZA DE IMPORTACION
- ☐ POLIZA DE EXPORTACION
- ☐ POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO
- ☐ CLASIFICACION ARANCELARIA
- REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS
- ☐ INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES
- ☐ CONSTANCIA CERTIFICADA
- ☐ POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS
- INSCRIPCION
- ☐ POLIZA DE CABOTAJE
- ☐ EXPEDICION DE PASAPORTE
- ☐ REVALIDACION DE PASAPORTE
- TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL
- ☐ CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ SERVICIO DE SEGURIDAD
- TASAS POLICIALES PIP
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ PERITAJE CRIMINALISTICO
- ☐ ODONTOGRAMA
- ☐ RECIBO ARRENDAMIENTO

DIVERSOS ENCARGOS

- ☐ BOLETA UNICA DE LITIGANTE
- ☐ SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULO NUEVOS
- ☐ GRAVAMEN DE VEHICULOS
- TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
- ☐ CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
- ☐ CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
- TASAS PODER JUDICIAL
- ☐ CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
- ☐ BOLETA RECUSACIONES
- PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
- ☐ LIMA - CALLAO MUEBLES
- ☐ LIMA - CALLAO INMUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIA) MUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIA) INMUEBLES
- ☐ TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
- ☐ PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
- ☐ BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA

☐ BOLETA DEL ECONOMISTA

BANCO DE LA NACION
Agencia La Purisima

- ☐
- ☐

ESPECIES VALORADAS

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

DOMICILIO _____

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE SANDOVAL Montenegro Jimmy			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA			5. OBJETO DEL EXAMEN OPTIMIST		6. FECHA DEL EXAMEN 19-02-88	
7. SEXO	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		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCAÑO		
15. LUGAR DEL EXAMEN				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	
☒	☐	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))
☒	☐	43. PELVIS ☐ VAGINAL ☐ RECTAL

FERNANDO GONZALES R.
Médico - Chujano
CMP 14332

(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 X.— Diente extraído XXX.— Reemplazado [6 x 8].— Puentes fijos removibles, incluyendo pilares		¿Apto Dentalmente? Sí ☒ No ☐	
D E R E C H A 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 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1			

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)		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 <u>1.65</u>		52. PESO <u>55 Kg</u>		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		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)					
SENTADO	SIST.	ECHADO	SIST.	PARADO (3 min.)	SIST. <u>110</u>	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
	DIAST.		DIAST.		DIAST. <u>70</u>						
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)			
				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO DERECHO /15 cuchichada				DER.							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				IZQ.							

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

(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)

Ad To: [Firma]



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

[Firma]
GUZMAN GONZALEZ, R.
 Médico - Cirujano
 CMP 14332
 247218106-1

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO

ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF/11

IMPORTE



1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL

- ☐ CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP
- ☒ CERTIFICADO MEDICO
- FORMULARIO DE MIGRACIONES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES
- ☐ FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO
- ☐ PADRON GENERAL DE MINAS
- ☐ POLIZA DE IMPORTACION
- ☐ POLIZA DE EXPORTACION
- ☐ POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO
- ☐ CLASIFICACION ARANCELARIA
- REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS
- ☐ INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES
- ☐ CONSTANCIA CERTIFICADA
- ☐ POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS
- INSCRIPCION
- ☐ POLIZA DE CABOTAJE
- ☐ EXPEDICION DE PASAPORTE
- ☐ REVALIDACION DE PASAPORTE
- TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL
- ☐ CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ SERVICIO DE SEGURIDAD
- TASAS POLICIALES PIP
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ PERITAJE CRIMINALISTICO
- ☐ ODONTOGRAMA
- ☐ RECIBO ARRENDAMIENTO

DIVERSOS ENCARGOS

- ☐ BOLETA UNICA DE LITIGANTE
- ☐ SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULO LOS NUEVOS
- ☐ GRAVAMEN DE VEHICULOS
- TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
- ☐ CLASE 1 (PROFECCIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
- ☐ CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
- TASAS PODER JUDICIAL
- ☐ CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
- ☐ BOLETA RECUSACIONES
- PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
- ☐ LIMA - CALLAO MUEBLES
- ☐ LIMA - CALLAO INMUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
- ☐ TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
- ☐ PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
- ☐ BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
- ☐ BOLETA DEL ECONOMISTA

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

DOMICILIO _____

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:





FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE SEVILLA DEL SOJAR JUAN A.			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO A.			3. IDENTIFICACION No.		
4. DIRECCION DOMICILIARIA			5. OBJETO DEL EXAMEN OPTIMIT			6. FECHA DEL EXAMEN 19-02-88		
7. SEXO	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA			11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO		
12. FECHA DE NACIMIENTO			13. LUGAR DE NACIMIENTO			14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO		
15. LUGAR DEL EXAMEN			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 movilidad)
/		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y movilidad)
/		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 ☐ VAGINAL ☐ 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 ●.—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
E																	Q	U
R																	E	R
E																	D	A
CH																		
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		
	X		0											0	0	X		

¿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						
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA <i>1.65</i>		52. PESO <i>48 kg</i>		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		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)					
SENTADO		SIST.		ECHADO		SIST.		PARADO (3 min.)		SIST.	
DIAST.				DIAST.				DIAST.		<i>100</i>	
										<i>70</i>	
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.	
										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								NO CORREGIDO			
								CORREGIDO			
66. CAMPO VISUAL				67. VISION NOCTURNA (met. usado)				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)

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

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

APTO *[Firma]*



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

[Firma]
FERNANDO GONZALES R.
Cirurgano
OVD-133-88
WALDO RODRIGUEZ D.
M-24724355-8

FICHA DE CALIFICACION ODONTOLÓGICA

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-E/11

IMPORTE

IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL

- ☐ CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP
- ☒ CERTIFICADO MEDICO
- FORMULARIO DE MIGRACIONES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES
- ☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES
- ☐ FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO
- ☐ PADRON GENERAL DE MINAS
- ☐ POLIZA DE IMPORTACION
- ☐ POLIZA DE EXPORTACION
- ☐ POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO
- ☐ CLASIFICACION ARANCELARIA
- REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS
- ☐ INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES
- ☐ CONSTANCIA CERTIFICADA
- ☐ POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS
- INSCRIPCION
- ☐ POLIZA DE CABOTAJE
- ☐ EXPEDICION DE PASAPORTE
- ☐ REVALIDACION DE PASAPORTE
- TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL
- ☐ CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ SERVICIO DE SEGURIDAD
- TASAS POLICIALES PIP
- ☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)
- ☐ PERITAJE CRIMINALISTICO
- ☐ ODONTOGRAMA
- ☐ RECIBO ARRENDAMIENTO

DIVERSOS ENCARGOS

- ☐ BOLETA UNICA DE LITIGANTE
- ☐ SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
- ☐ GRAVAMEN DE VEHICULOS
- TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR -- (BREVETE)
- ☐ CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
- ☐ CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
- TASAS PODER JUDICIAL
- ☐ CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
- ☐ BOLETA RECUSACIONES
- PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
- ☐ LIMA - CALLAO MUEBLES
- ☐ LIMA - CALLAO INMUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
- ☐ SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
- ☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
- ☐ TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
- ☐ PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
- ☐ BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
- ☐ BOLETA DEL ECONOMISTA

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

DOMICILIO _____

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:



BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO

ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF/11

IMPORTE

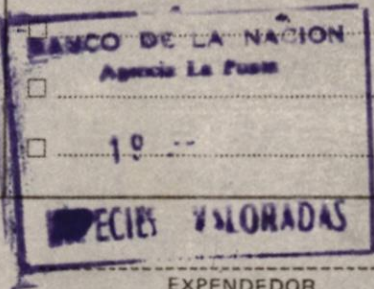


IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
☐ CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	☐ BOLETA UNICA DE LITIGANTE
☒ CERTIFICADO MEDICO	☐ SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
FORMULARIO DE MIGRACIONES	☐ GRAVAMEN DE VEHICULOS
☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
☐ FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	☐ CLASE 1 (PROFECCIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
☐ FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	☐ CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
☐ PADRON GENERAL DE MINAS	TASAS PODER JUDICIAL
☐ POLIZA DE IMPORTACION	☐ CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
☐ POLIZA DE EXPORTACION	☐ BOLETA RECUSACIONES
☐ POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
☐ CLASIFICACION ARANCELARIA	☐ LIMA - CALLAO MUEBLES
REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	☐ LIMA - CALLAO INMUEBLES
☐ INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	☐ SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
☐ CONSTANCIA CERTIFICADA	☐ SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
☐ POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACUADOS	☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
INSCRIPCION	☐ FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
☐ POLIZA DE CABOTAJE	☐ TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
☐ EXPEDICION DE PASAPORTE	☐ PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
☐ REVALIDACION DE PASAPORTE	☐ BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	☐ BOLETA DEL ECONOMISTA
☐ CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	
☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	
☐ SERVICIO DE SEGURIDAD	
TASAS POLICIALES PIP	
☐ COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	
☐ PERITAJE CRIMINALISTICO	
☐ ODONTOGRAMA	
☐ RECIBO ARRENDAMIENTO	

F-OP-088



EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

DOMICILIO _____

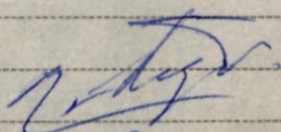
3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

El médico q' describe
certifica, q' el niño Supio Navile
Rivasplata, ha pasado exam
médico en el Policlínico de la Escuela
Naval -

A resultas de dicho examen,
el niño Navile Rivasplata se halla
sano, psicofísicamente - no existe
de enfermedades infecto contagiosas -
se halla APTO para competencias
deportivas -

Se expide el presente, a tu solici-
tud para ser presentado al I.P.D. -

2


CMP 2022



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

INSTITUTO PLAN
DEL DEPORTE
FOLIO 25

1. APELLIDO PATERNO-MATerno-NOMBRE MAVILA Rivasplata Sergio			2. GRADO, CATEGORIA, TITULO			3. IDENTIFICACION No.		
4. DIRECCION DOMICILIARIA			5. OBJETO DEL EXAMEN OPTIMIST			6. FECHA DEL EXAMEN 19-02-88		
7. SEXO	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		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO				
15. LUGAR DEL EXAMEN				16. INFORMACION ADICIONAL				
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:				TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:		

EVALUACION CLINICA

Normal	Anor- mal	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, Tatu- jes)
/		40. PIEL, LINFATICOS
/		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
/		42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente		43. PELVIS ☐ VAGINAL ☐ 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, in-
cluyendo pilares

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

DE
R
E
CH
A

I
Z
Q
U
I
E
R
D
A

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				
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH		50. OTRAS PRUEBAS	

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.47		52. PESO 42		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		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)					
SENTADO		SIST.		ECHADO		SIST.		PARADO (3 min.)		SIST. 90	
		DIAST.				DIAST. 60				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. /	
										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)			
				250 500 1000 2000 3000 4000 8000 12000							
OIDO DERECHO /15 cuchichada				DER.							
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada				IZQ.							
73. NOTAS CLINICAS (continuación)											

(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)

APTO *[Firma]*



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

[Firma]
ERNESTO GONZALEZ R.
 Medico - Cirujano
 C.M.P. 14332
 06-88
 VALOR NOMINAL N.
 247310156-1