DIRECCIÓN GENERAL DE LA MARINA MERCANTE DE HONDURAS
GENERAL DIRECTORATE OF THE MERCHANT MARINE OF HONDURAS

CERTIFICADO MÉDICO PARA EL SERVICIO A BORDO (MEDICAL CERTIFICATE FOR SHIPS SERVICE)

Datos Generales (General Information)		Rango (Rank):	
Apellido (Surname):	Nombre (Given Name)	No. De Identidad (ID number)	Pasaporte/Libro de Marino (Passport No./Seaman Book No.):
Lugar y Fecha de Nacimiento (Place and Birthdate): _____ _____ Ciudad, País (City, Country) (DD/MM/YY)		Nacionalidad (Nationality)	Sexo (Gender): Masculino/ Male ☐ Femenino/ Female ☐
Domicilio (Address):		Edad (Age):	Fecha (Date):

Antecedentes Patológicos (Medical History):

Hay historia de alguno de los siguientes (Is there history of any the following):	Si (Yes)	No		Si(Yes)	No
Migraña (Migraine)			Transfusiones sanguíneas (Blood transfusion)		
Trauma craneal, pérdida de la consciencia, contusión (Head injuries, memory loss, concussion)			Hipertensión, Hipotensión, Cardiopatías (High pressure, Low pressure, Heart Disease)		
Desmayos, Epilepsia, Vértigo, Mareos (Fainting, Epilepsy, Vertigo, Dizziness)			Hernia, Hidrocele, Apendicitis (Hernia, Hydrocele, Appendicitis)		
Problemas Visuales, Uso de lentes (Visual problems, use of eyeglasses)			Asma, Bronquitis, Tuberculosis (Asthma, Bronchitis, Tuberculosis)		
Sordera (Hearing impairment)			Alergias, Enfermedades cutáneas (Allergy, Skin disease)		
Trastornos Auditivos, Nasales, Garganta (Ear, Nose, Throat Problems)			Enfermedad Infectocontagiosa (Infectious/Contagious Disease)		
Trastornos Gastrointestinales (Stomach and Bowel Disorder)			Adicción al tabaco, alcohol, drogas (Addiction to tobacco, alcohol, drugs)		
Cálculos renales, Cálculos biliares (Gall stones, Kidney Stone disorders)			Fracturas, Luxaciones, Amputaciones (Fractures, Luxation, Amputation)		
Trastornos hepáticos (Liver disorders)			Cirugías Mayores o Menores (Minor or Mayor Surgeries)		
Trastornos Renales (Kidney disorders)			Diábetes (Diabetes)		
Varices (Varicose veins)			Trastornos Psiquiátricos (Mental Diseases)		
Trastornos hematológicos (Blod disorder)			Cáncer (Cancer)		
Otros (others):					

Examen Físico (Medical Examination)

P/A (mmHG)	FC (lpm)	FR (rpm)	P (lpm)	T°	Estado General(General Condition)
Peso (Weight)	Talla (Height)				

Visión (Vision)	No corregida (uncorrected)	Corregida (Corrected)	Percepción de Colores (Color Perception	Audición (Hearing)					
Ojo Derecho (Right eye)			Red(red)__Amarillo(yellow) __	Oído Derecho (Right ear)					
Ojo Izquierdo (Left eye)			Verde (Green)__ Blue(azul)__	Oido Izquierdo (left ear)					
Ambos Ojos (Both eyes)			Audiometría (Audiometry)	Hz	500	1000	2000	3000	4000

Examinación Sistémica (Systemic Examination)	Normal	Anormal	Comentarios (Notes)	Examinación Sistémica (Systemic Examination)	Normal	Anormal	Comentarios (Notes)
Cabeza y Cuello (Head and Neck)				Genitourinario (Genitourinary System)			
Ojos (Eyes)				Sistema Nervioso (Nervous System)			
Oidos yNariz (Ears and Nose)				Reflejos (Reflexes)			
Boca y Garganta (Mouth and Throat)				Piel (Skin)			
Sistema Cardiovascular (Cardiovascular Systems)				Abdomen			
Sistema Respiratorio (Respiratory System)							

Resultado del Examen Médico (Result of the Medical Examination)

He reconocido y evaluado a la persona arriba citada según las normas internacionales como el convenio STCW 78 en su forma enmendada (Regla I/9 sección A-I/9) y el convenio MLC (Regla 1.2)

I have recognized and evaluated the above mentioned person according to international standards such as the STCW 78 as amended (Rule I/9 section A-I/9) and MLC 2006 (Rule 1.2)

Apto/a para el servicio a bordo (Fit for Duty on board) ☐ No Apto/a para el Servicio a bordo (Not fit for Duty on board) ☐

Firma y Sello del Medico Examinator
(Medical Physician´s Signature and Stamp)

Lugar donde se realizó el reconocimiento (Where the recognition was performed): _____

Ciudad y País (City and Country): _____ Fecha del reconocimiento (Recognition Date): _____
Fecha de expiración del Certificado Médico (Expiration date of the medical certificate): _____
Nombre y Número del Médico (Name and Number of the Medical Physician): _____

Por la presente declaro que me doy por enterado del contenido del reconocimiento médico realizado (I hereby declare that I am aware of the content of the medical examination performed)