



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL MARÍTIMA DEL CARIBE
SECRETARÍA GENERAL
COORDINACIÓN DE ARCHIVO GENERAL Y CONTROL ESTADÍSTICO
UNIDAD DE ARCHIVO

REG-SEG-CAGCE-UA-001

Formulario: UA-001

Fecha: 13/12/2018

Cambio:00

(1) Pág.:1/3

FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE DE INGENIERÍA MARÍTIMA / TSU TRANSPORTE ACUÁTICO
(Este certificado es expedido por la UMC)

(2) DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES			
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
CÉDULA DE IDENTIDAD		EDAD	

(3) ANTECEDENTES MÉDICO QUIRÚRGICOS

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	SI	NO	CUÁLES Y FECHAS		SI	NO
Dolores de Cabeza			Enfermedad en riñones			
Alergias			Enfermedad venérea			
Dolores de pecho			Diabetes			
Pérdida de la visión			Dificultad al respirar			
Daltonismo			Tuberculosis			
Hipertensión			Fracturas			
Convulsiones			Epilepsia			
Afecciones cardíacas			Fuma			
Hernias			Ingiere alcohol			
Fallas auditivas			Otras enfermedades			

EN CASO DE HABER ALGUNA AFIRMACIÓN, EXPLIQUE EN QUÉ CONSISTE LA ENFERMEDAD

--

(4) ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE, PADECE ALGUNA ENFERMEDAD			
PADRE, PADECE ALGUNA ENFERMEDAD			
OTROS ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES			
GRUPO SANGUÍNEO		FACTOR RH	

(5) SIGNOS VITALES

TENSIÓN ARTERIAL	MÁX.		MIN.		PULSO ARTERIAL	
TEMPERATURA ORAL			PESO CORPORAL		TALLA	

(6) EXAMEN FÍSICO (STCW- Manila 2010)

APTITUD FÍSICA: Se debe dejar constancia que el aspirante no adolece de ningún defecto o enfermedad que pueda impedir el movimiento y la realización de actividades físicas normales tales como:

	SI	NO
Mantiene el Equilibrio		
Sube y baja escaleras		
Salva obstáculos de hasta 60 cm		
Habilidad Manual		
Sensibilidad Dactilar		



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL MARÍTIMA DEL CARIBE
SECRETARÍA GENERAL
COORDINACIÓN DE ARCHIVO GENERAL Y CONTROL ESTADÍSTICO
UNIDAD DE ARCHIVO

REG-SEG-CAGCE-UA-001
Formulario: UA-001
Fecha: 13/12/2018
Cambio:00
(1) Pág.:2/3

FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE DE INGENIERÍA MARÍTIMA / TSU TRANSPORTE ACUÁTICO
(Este certificado es expedido por la UMC)

Alcanza objetos por encima de hombros			
Gatea			
Puede acucillarse			
Puede arrodillarse			
Puede encorvarse			
Presenta el(a) estudiante examinado(a) alguna restricción o limitación relacionada a la aptitud física con respecto a los estándares de la sección 1/9 del Código STCW (Manila 2010)		SI	NO
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES			
NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO			
M.S.A.S		C.M.	TELÉFONO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO			
(7) EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO			
Donde se deje constancia de cumplir con las normas mínimas de agudeza auditiva y foniatría:			
AGUDEZA AUDITIVA		EQUILIBRIO	
LARINGE		OTROS	
RESULTADOS	CUMPLE		NO CUMPLE
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES			
NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO			
M.S.A.S		C.M.	TELÉFONO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO			
(8) EXAMEN VISUAL			
Se debe dejar constancia que el aspirante cumple con las normas mínimas de agudeza visual, y se de fe de no poseer enfermedades oculares o afecciones como el daltonismo:			
Balance muscular		Visión Cromática	
Pupilas		Visión Periférica	
Agudeza Visual		Percepción de Profundidad	
Otros			



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL MARÍTIMA DEL CARIBE
SECRETARÍA GENERAL
COORDINACIÓN DE ARCHIVO GENERAL Y CONTROL ESTADÍSTICO
UNIDAD DE ARCHIVO

REG-SEG-CAGCE-UA-001
Formulario: UA-001
Fecha: 13/12/2018
Cambio:00
(1) Pág.:3/3

FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE DE INGENIERÍA MARÍTIMA / TSU TRANSPORTE ACUÁTICO
(Este certificado es expedido por la UMC)

VISIÓN		N/CORRG		CORREG	
OJO DER		20/		20/	
OJO IZQ		20/		20/	
AMBOS		20/		20/	
RESULTADO	CUMPLE		NO CUMPLE		
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES					
NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO					
M.S.A.S		C.M.		TELÉFONO	
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO					
(9) DECLARACIÓN					
Declaro que los datos consignados son verdaderos, y estoy en conocimiento que cualquier omisión o falsedad de los mismos, que pudiera afectar mi embarque en cualquier buque mercante, es de mi entera y absoluta responsabilidad, con las consecuencias de la aplicación del Reglamento Estudiantil de la UMC.					
NOMBRE Y APELLIDO	C.I.		FIRMA DEL ASPIRANTE		
Sí el aspirante es menor de edad, su representante legal deberá firmar esta declaración					
NOMBRE Y APELLIDO	C.I.		FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL		

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE DE INGENIERÍA MARÍTIMA /
TSU TRANSPORTE ACUÁTICO
FORMULARIO: UA-001**

A. Objetivo:

Verificar que el aspirante cumpla con las condiciones médicas requeridas para ingresar a las carreras de Ingeniería Marítima y TSU Transporte Acuático, según los lineamientos del STCW (Manila-2010).

B. Instrucciones para el registro de la información:

1. **Pág.:** Coloque el número de página que corresponda, en relación al total de la misma. Ejemplo: 1/2, 2/2.
2. **Datos personales:** Coloque nombre, apellido del estudiante, lugar de nacimiento, día, mes y año respectivo así como también su número de cédula y la edad.
3. **Antecedentes médico quirúrgicos:** Marque con una equis (x) la opción que corresponda, de conformidad con las enfermedades que padece el estudiante, según sea el caso.
4. **Antecedentes familiares:** Coloque, de ser el caso, la enfermedad que padece el padre y/o la madre del estudiante además del grupo sanguíneo y el factor RH.
5. **Signos vitales:** Coloque los niveles del aspirante en cuanto a: tensión, temperatura, pulso, peso y talla.
6. **Examen físico:** Marque con una equis (x) la opción que corresponda, de conformidad con el defecto o enfermedad que pueda impedir el movimiento y la realización de actividades físicas normales, según sea el caso y además coloque datos(apellidos, nombre, M.S.A.S., C.M., teléfono y firma) del médico que hace la evolución
7. **Examen otorrinolaringológico:** Marque con una equis (x) la opción que corresponda, de conformidad con las normas mínimas de agudeza auditiva o foniatría y además coloque datos (apellidos, nombre, M.S.A.S., C.M., teléfono y firma) del médico que hace la evolución
8. **Examen visual:** Marque con una equis (x) la opción que corresponda, de conformidad que cumple con las normas mínimas de agudeza visual, y se de fe de no poseer enfermedades oculares o afecciones como el daltonismo y además coloque datos (apellidos, nombre, M.S.A.S., C.M., teléfono y firma) del médico que hace la evolución
9. **Declaración:** Coloque nombre, apellido cedula y firma del aspirante, en caso de ser menor de edad coloque nombre, apellido cedula y firma del representante.