

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

Certifico que al Señor (a)

RUN: Se le practicó examen psicofísico el cual dio como

resultado que el examinado se encuentra

APTO

NO APTO

para la adquisición y tenencia de un arma de fuego.

Otorgado con Fecha/...../...../

ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL MEDICO CERTIFICANTE

Nombre completo.....

RUN:.....N° Inscripción Colegio Médico.....

Domicilio.....Comuna.....

Teléfono

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

NOTA:

- 1) El certificado deberá corresponder al original, en forma manuscrita, con letra clara y sin enmiendas en su totalidad.
- 2) El certificado debe ir en sobre cerrado, el que será entregado por el solicitante ante la Autoridad Fiscalizadora correspondiente.
- 3) La Ley 17.798 de control de armas y elementos similares y su Reglamento Complementario dispone dentro de los requisitos para la Inscripción de Armas de Fuego, la presentación de un Certificado Médico

EVALUACION PSICOFISICO

Fecha/...../.....

Apellidos y nombres :

DomicilioTeléfono

DECLARACION JURADA
 Tiene actualmente o ha tenido alguna vez: (marque con una x)

- | | | |
|---|--|---|
| <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sin habla durante pocos minutos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausencias</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con su memoria</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos del equilibrio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con el habla</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con la orientacion</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Que realizar electroencefalograma</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Psicológico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Neurológico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sordera o Hipoacusia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de audífonos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades en tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Internación Psiquiátrica</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento por alcoholismo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento por toxicomanía</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de Aire</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amputaciones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión disminuida</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa lentes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con anteced. de suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con anteced. sicóticos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con impulsos descontrol</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracturas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hijos Sanosvivos</p> |
|---|--|---|

	SI	NO	
Ha sido operado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De dónde:
Tuvo que dejar de trabajar por razones de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivo :
Le negaron alguna vez un seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivo :
Hábitos : Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad por día :
Ha utilizado drogas de abuso (coca,marihuana, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuándo :
Toma bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuales y cuánto por día :
Tiene sueño tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuántas horas duerme :
Accidentes sufridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuándo y cómo :

Estas respuestas tienen carácter de declaración jurada y deben ser llenada por el Interesado. La comprobación de omisión o falsedad, dará motivo de la suspensión del permiso otorgado.

Firma del interesado

EXAMEN PSIQUICO

A	ASPECTO:	Normal	Patológico
b	ORIENTACIÓN	Global	Desorientado
C	PENSAMIENTO DE CURSO ACELERADO :	Normal	Lento Disgregado Fuga de ideas
D	CONCIENCIA :	De situación	De enfermedad
E	ATENCIÓN:	Normal	Paraprosexiia Hipo-hiperprosexia
F	SENSOPERCEPCIÓN:	Normal	Alucinaciones
G	AFECTIVIDAD :	Eutimia	Hipertimia placentera Displacentera Disminuida
H	CONTROL DE LOS IMPULSOS :	Adecuados	No adecuados
I	JUICIO:	Conservado	Desviado Disminuido Desviado
J	INTELIGENCIA :	Normal	Déficit Insuficiente

EXAMEN FISICO

Evaluacion Neurologica: (marque con una x según corresponda, si hay alguna anormalidad	NORMAL	ANORMAL	DETALLE
a) Orientación			
b) Memoria			
c) Nivel de conciencia			
d) Habla			
e) Diestro..... Zurdo.....			
f) Pares craneales			
g) Olfato (I)			
h) Agudeza visual, campos visuales, pupila (II)			
i) (III - IV - VI) Ptosis, nistagmus, movimientos oculares, pupilas.			
j) (V) Sensibilidad corneal y facial			
k) (VII) Simetría facial, frontal, ocular, labial			
l) (VIII) Oído			
m) (IX - X) Reflejo nauseoso, deglución, fonación			
n) (XI) Trapecio, Esternocleidomastoideo			
o) (XII) Protrusión, fasciculaciones, atrofia.			
p) Extremidades Superiores e inferiores: motilidad, fuerza, atrofia,			
q) Cerebelo: Marcha, pruebas, movimientos alternativos rápidos			
r) Movimientos anormales: Temblor, corea, postura			
s) Reflejos: Tendinosos, succión, prensión etc.			

Agudeza Visual	OD	OI	AMBOS	C/CORRECCION	OD	OI	AMBOS
CERCANA							
LEJANA							
VISION CROMATICA _____							

Exámen Clínico :
Aparato cardiovascular :
Aparato respiratorio :
Abdomen :
Aparato Locomotor :
Observaciones :

FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO