

**CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFISICA**

Certifico que al Señor (a).....

RUN.....Se le practico axamen psicofisico el cual dio como

resultado que el examinado se encuentra

APTO

NO APTO

para la adquisicion y tenencia de un arma de fuego

Otorgado con fecha . ...../...../.....

**ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL MEDICO CERTIFICANTE**

Nombre completo .....

R U N .....Nº Inscripcion Colegio Medico.....

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

Telefono.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

**NOTA**

- 1) El certificado debera 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 sera 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 Inscripcion de Armas de Fuego, la presentacion de un Certificado Medico

## EXAMEN FISICO

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

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

Examen Clinico :
Aparato cardiovascular :
Aparato respiratorio :
Abdomen :
Aparato Locomotor :
Obsevaciones

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO

# EVALUACION PSICOFISICO

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

Apellidos y nombres : .....

Domicilio..... Telefono.....

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

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion sanguinea alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Neurologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiaca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sordera o Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin habla durante pocos minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de audifonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision disminuida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades en Tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa lentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con su memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internacion Psiquiatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con anteced. De suicidio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos del equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento por alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con anteced. Siciticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento por adicciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con descontrol de impulsos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con el habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la orientacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de Aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijos.....sanos.....vivos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Que realizar electroencefalograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sido operado De que
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuvo que dejar de trabajar por razones de salud Motivo :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le negaron alguna vez un seguro de vida Motivo :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habitos : Fuma Cantidad por dia :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha utilizado drogas de abuso ( coca, marihuana, etc ) Cuando :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma bebidas alcoholicas Cuales y cuanto por dia :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene sueños tranquilo Cuantas horas duerme :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes sufridos Cuando y como :

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

<b>EXAMEN PSIQUICO</b>
------------------------

A	ASPECTO	Normal	Patologico		
B	ORIENTACION	Global	Desorientado		
C	Pensamiento de Curso Acelerado	Normal	Lento	Disgregado	Fuga de Ideas
D	CONCIENCIA :	De situacion	De enfermedad		
E	ATENCION :	Normal	Paraprosexiia	Hipo-hiperprosexia	
F	Sensopercepcion :	Normal	Alucinaciones		
G	AFFECTIVIDAD :	Eutimia	Hipertimia Placentera	Displacen	Disminuida
H	CONTROL DE IMPULSOS :	Adecuados	No adecuados		
I	JUICIO :	Conservado	Desviado	Disminuido	Desviado
J	INTELIGENCIA :	Normal	Deficit	Insuficiente	

Firma y Timbre del Medico