



Resolución Directoral

Nº 063 - 2017 DE/ENAMM

Callao, 24 FEB. 2017

Visto el Acta de Consejo Académico Nº 002-2017/CA de fecha 23 de enero del 2017, cursado por el Presidente del Consejo Académico y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Ley Nº 21871 de fecha 21 de junio de 1977 – Reconoce a la Escuela Nacional de Marina Mercante “Almirante Miguel Grau” como Escuela de Educación Superior y mediante Ley Universitaria Nº 30220 de fecha 9 de julio del 2014 – Ratifica el status de la ENAMM, como Centro de Educación Superior de nivel universitario y goza de exoneraciones y estímulos de las Universidades;

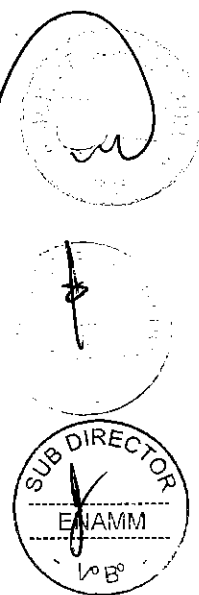
Con Memorándum Nº 005-2017/PREG de fecha 11 de enero del 2017, el Director Académico de Pregrado, plantea la necesidad de establecer el formato de reconocimiento médico a ser utilizado por la ENAMM en relación a los Cadetes del Programa Académico de Marina Mercante, toda vez que se trata de una disposición emanada a través del “Convenio Internacional sobre las normas de formación, titulación y guardia para la gente de mar”;

Que, es pertinente validar y aprobar el uso del formato de reconocimiento médico a ser utilizado por el Servicio de Sanidad de la Escuela, mediante el cual se registre el estado de salud física y mental de los Cadetes del Programa Académico de Marina Mercante, conforme lo establece el “Convenio Internacional sobre las normas de formación, titulación y guardia para la gente de mar”;

Estando a lo recomendado, de conformidad con lo previsto en el inciso (e) del artículo 10º de la organización y funciones de la entidad, aprobadas por Decreto Supremo Nº 070-DE/SG, y con la visación del Sub Director y Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

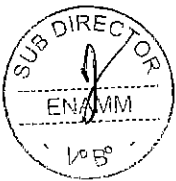
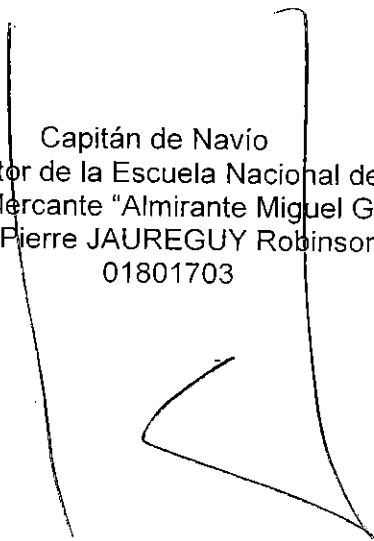
ARTÍCULO PRIMERO.- VALIDAR y APROBAR el uso del formato denominado “Reconocimiento Médico” a ser utilizado por el Servicio de Sanidad de la Escuela, en el que se registrará el estado de salud física y mental de los Aspirantes y Cadetes del Programa Académico de Marina Mercante, conforme lo establece el “Convenio Internacional sobre las normas de formación, titulación y guardia para la gente de mar”, conforme al “Anexo A” de la presente Resolución Directoral.




\$

ARTÍCULO SEGUNDO.- COMUNICAR la expedición de la Resolución Directoral a la Dirección Académica de Pregrado, Dirección de Disciplina, Jefatura del Servicio de Sanidad, Jefatura de la Secretaría Académica y demás relacionadas, para los fines consiguientes.

Capitán de Navío
Director de la Escuela Nacional de
Marina Mercante "Almirante Miguel Grau"
Jean Pierre JAUREGUY Robinson
01801703



24 FEB. 2017



Escuela Nacional de Marina Mercante
"Almirante Miguel Grau"

ESCUELA NACIONAL DE MARINA MERCANTE "ALMIRANTE MIGUEL GRAU"

SERVICIO DE SANIDAD
HEALTH SERVICE

FORMATO DE RECONOCIMIENTO MEDICO DEL ASPIRANTE/CADETE DE LA ENAMM CONFORME A
LO DISPUESTO EN EL CONVENIO INTERNACIONAL SOBRE NORMAS DE FORMACION, TITULACION
Y GUARDIA PARA LA GENTE DE MAR, 1978, EN SU FORMA ENMENDADA

FORM OF MDICAL EXAMINATION FOR ASPIRANT /CADET UNDER THE PROVISIONS OF THE INTERNATIONAL
CONVENTION ON STANDARS OF TRAINING, CERTIFICATION AND WATCHKEEPING FOR SEAFARERS, 1978, AS
AMENDED

I.- DATOS GENERALES

I.- GENERAL INFORMATION

Nombres y Apellidos <i>Full Name</i>	
Documento de Identidad <i>Identity Document</i>	
Fecha y Lugar de Nacimiento <i>Date and Place of Birth</i>	
Trabajo que desempeñara a bordo <i>work to be Performed on Board</i>	
Fecha de Exámen <i>Date of Exámination</i>	
Dirección domiciliaria <i>Home Address</i>	

II.- DECLARACIÓN PERSONAL

II.- PERSONAL DECLARATION

¿Ha sufrido alguna vez de dolencias como las que se enumera a continuación? <i>Have you ever suffered from any of the following diseases or disorders?</i>	SI YES	NO NO	DESCRIPCION DESCRIPTION
Problemas en las vistas <i>Eyesight problems</i>			
Presión arterial alta <i>High blood pressure</i>			
Enfermedades Cardiovasculares <i>Cardiovascular Diseases</i>			

¿Ha sufrido alguna vez de dolencias como las que se enumera a continuación? <i>Have you ever suffered from any of the following diseases or disorders?</i>	SI YES	NO NO	DESCRIPCION DESCRIPTION
Operación al Corazón <i>Heart Surgeries</i>			
Venas varicosas <i>Varicose Veins</i>			
Asma / Bronquitis <i>Asthma / Bronchitis</i>			
Alteraciones de la Sangre <i>Alterations in Blood</i>			
Diabetes <i>Diabetés</i>			
Problemas tiroideo <i>Thyroid Problems</i>			
Trastornos Digestivos <i>Digestive Disorders</i>			
Problemas Renales <i>kidney Disorders</i>			
Problemas en la Piel <i>Skin Problems</i>			
Alergias <i>Allergies</i>			
Enfermedades Infectocontagiosas <i>Infectious Diseases</i>			
Hernia <i>Hernia</i>			
trastornos Genitales <i>Genital Disorders</i>			
Problemas de sueño <i>Sleep Disorders</i>			
¿ Fuma usted ? <i>Do you Smoke</i>			
Operaciones / Ataques <i>Surgeries / Attacks</i>			
Mareos / Desmayos <i>Dizziness / Fainting</i>			
Pérdida de Conciencia <i>Loss of Consciousness</i>			
Problemas Psiquiátricos <i>Psychiatric Disorders</i>			
Depresión <i>Depresión</i>			
Intento de suicidio <i>Suicide Attempt</i>			
Pérdida de Memoria <i>Loss of Memoria</i>			

EVALUACIÓN EVALUATION	DESCRIPCIÓN DESCRIPTION	NORMAL NORMAL	ANORMAL ABNORMAL
Agudeza visual y auditiva <i>Visual and auditory acuity</i>			
Firma y sello del Médico Examinador <i>Signature and seal of medical examiner</i>			

IV.- CERTIFICACIÓN DE LA APTITUD PARA EL SERVICIO

IV.- CERTIFICATE OF FITNESS FOR SERVICE

Sobre la base de la declaración de la persona examinada, mi reconocimiento clínico y los resultados de las pruebas de diagnóstico mencionadas arriba, declaro que, a efectos médicos de la persona examinada es:

Based on the declaration of the examined person, my clinical examination, and the results of diagnostic tests above mentioned, I declare that for medical purposes the examined person is considered:

CONDICION CONDITION	SI YES	NO NO
APTO PARA EL SERVICIO <i>FIT FOR SERVICE</i>		
Lugar del examen <i>Place of examination</i>		
Fecha de examen <i>Date of Examination</i>		
Sello del Director del Nosocomio <i>Seal of the hospitals director</i>		
Firma del Director del Nosocomio <i>Signature of the Hospital Director</i>		
Sello del funcionario responsable de la Autoridad Marítima (*) <i>Seal of the responsible official of the Maritime Authority</i>		
Firma del funcionario responsable de la Autoridad Marítima (*) <i>Signature of the responsible official of the Maritime Authority</i>		
Fecha de vencimiento de la Certificación Médica (máxima 02 años) <i>Date of expiration of the medical certificate (02 years at the most)</i>		

(*) Firma no es señal de autenticidad del presente Formato Médico, por encontrarse sujeta a fiscalización posterior conforme lo establece el artículo 32° de la ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

XI.- DECLARACIÓN DEL EXAMINADO

XI.-DECLARATION OF THE EXAMINED PERSON

Declaro haber sido informado del contenido del formulario del examen médico
I declare that I have been informed of the contents of the form of medical examination

FIRMA SIGNATURE Doctor que Certifica Certifying Doctor