

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



Nombre: _____
(name) Apellido (Surname) Nombre (Given Name)

Fecha der Nacimiento: _____ Sexo Masc: Fem:
(Date of Birth) Sex: Masc: Fem:

Cargo a Bordo: _____ Nacionalidad: _____
(Rank) (Nationality)

Domicilio: _____
(Domicile)

Numero de Cedula o Pasaporte: _____
(N° ID or Passport)

	Visión (Vision)		Percepción de colores (Color Perception)	Audición (Hearing)
	NO CORREGIDA (NO Correction)	CORREGIDAS (Corrected)		
OJO DERECHO (Rigth Eye)	20/ _____	20/ _____	Libro (Book) Linterna (Ligth)	Oído Derecho _____ (Rigth Ear) _____
OJO IZQUIERDO (Left Eye)	20/ _____	20/ _____	Amarillo _____ Rojo _____ (Yellow) _____ (Red)	Oído Izquierdo _____ (Left Ear) _____
Ambos Ojos (Both Eyes)	20/ _____	20/ _____	Verde _____ Azul _____ (Green) _____ (Blue)	

	Servicio de Cubierta (Deck Duty)	Servicio de Maquina (Engine Duty)	Servicio de Cámara (Catering Duty)	Otros servicios (Other Duty)
Apto / a (Fit for Duty)				
No apto / a (Not Fit for Duty)				

Sin restricciones (Without restrictions) Con restricciones (With restrictions) Necesita corrección visual (Need Visual Corrections) si no
(Yes) (No)

Comentarios del historial médico y exploración física (Doctors coments and physical exploration)

La Dirección General de la Marina Mercante de Honduras, **AUTORIZA** a cualquier Medico Certificado, ante el Colegio Médico de Honduras, a extender el Certificado Médico para el Servicio a Bordo. (The General Directorate of The Marchant Marine of Honduras Autorizes: any Certified and registered Medical Doctor, to issued the Medical Certificate for Service on Board)

He reconocido y evaluado a la persona arriba citada según las normas nacionales e internacionales. Teniendo en cuenta la declaración personal de la persona reconocida, mi reconocimiento clínico y los resultados de los análisis de laboratorio realizados, DECLARO que la persona reconocida es:

Have I exanimate and evaluated above named person according with National e International norms. Tanking account of study and clinic examine and result of laboratory analysis to make the declaration that the person examined is;

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)

Lugar donde se realizó el reconocimiento: _____
(Place where examine was carried out) Nombre de la clínica (Name of Clinic)

Ciudad / País _____ Fecha del reconocimiento: _____
(City/Country) (Date of Examine)

Fecha de expiración del Certificado Médico: _____
(Date of Expiration on this Medical Certificate)

Nombre y número del Médico Examinador: _____
(Name and number of Authorized Medical Physician)

Por la presente Declaro que me doy por enterado del contenido del reconocimiento Médico realizado:
(I hereby acknowledge the content of the Doctors Recomendation)

Firma y sello del Médico Examinador
(Signature and seal of Medical Physician)

Firma del Reconocido/ Signature of Patient