

FORMULARIO EXAMEN OTORRINOLARINGOLOGÍA

ADMISIÓN CONDUCTOR MANTENCIÓN AUTOMOTRIZ AÑO 2023

N° Inscripción:

--	--	--	--	--	--

R.U.N.: _____ - Fecha nacimiento: _____ / _____ / _____

Nombre completo: _____
(Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno)

El Médico que suscribe certifica haber efectuado el examen otorrinolaringológico al postulante a la Escuela de Grumetes de la Armada de Chile, cuyo resultado es el siguiente:

1. Audiometría:

a.- Normal

b.- Anormal

2. Tímpanos:

a.- Normales

b.- Anormales

3. Tabique nasal:

a.- Desviado

b.- No desviado

4. Orofaringe

a.- Normal

b.- Anormal

c.- Patología recurrente Sí

No

5. Examen cervical:

a.- Adenopatías Sí

No

b.- Otras anomalías No

Sí

Detallar _____

6. Antecedentes patología rinosinusal: Sí

No

(Nombre completo del Médico)

(Firma del Médico)

N° Registro Colegio Médico:

Teléfonos:

(Código área y N° Telefónico):

En:

(ciudad donde está firmando, día, mes, año)

