

FORMULARIO EXAMEN OTORRINOLARINGOLOGÍA ADMISIÓN TÉC. COMUNICACIÓN AUDIOVISUAL

N.º Postulante:

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

RUN.:

Fecha nacimiento:

/ /

Nombre completo:

(Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno)

El Médico que suscribe certifica haber efectuado el examen otorrinolaringológico al postulante para ingreso a 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

c.- Patología recurrente

b.- Anormal

Sí

No

5. Examen cervical:

a.- Adenopatías

Sí

No

b.- Otras anomalías

No

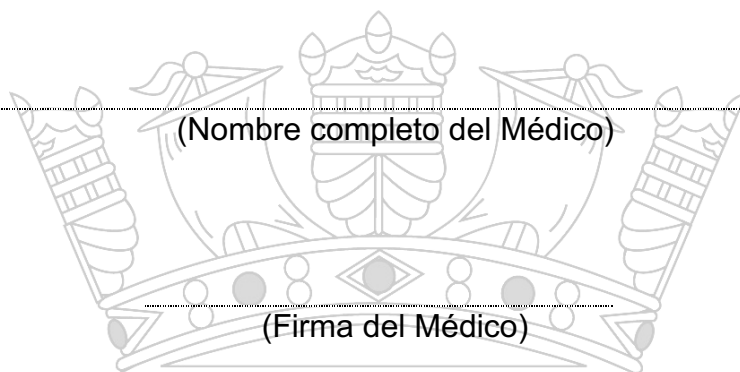
Sí

Detallar

6. Antecedentes patología rinosinusal:

Sí

No



(Nombre completo del Médico)

(Firma del Médico)

N.º Registro Colegio Médico:

Teléfonos:

(Código área y N.º Telefónico)

En:

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

ARMADA DE CHILE