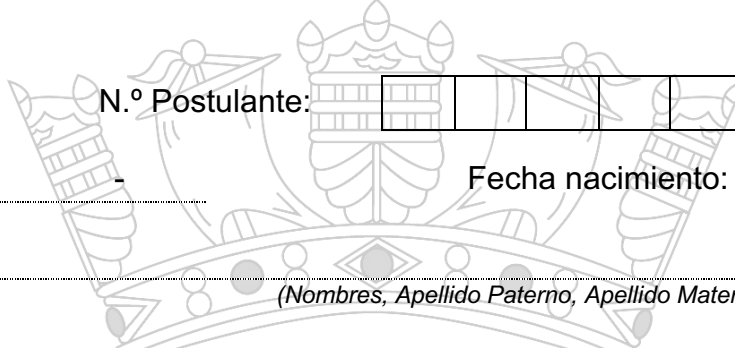


FORMULARIO EXAMEN OTORRINOLARINGOLOGÍA ADMISIÓN MECÁNICO MAESTRANZA



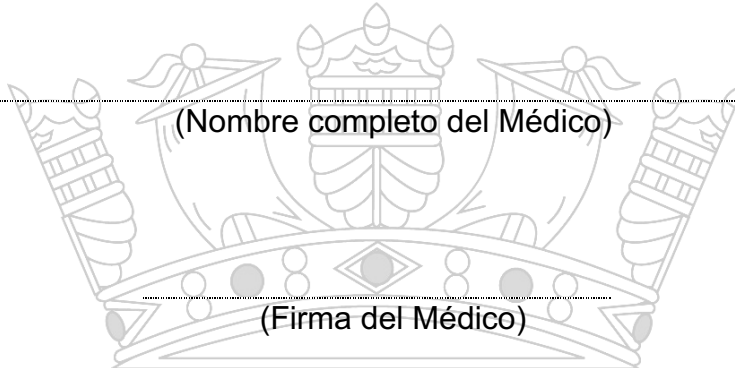
N.º Postulante:

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 _____ 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 _____



N.º Registro Colegio Médico:

Teléfonos:

En:

