

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

Certifico que al Señor (a) _____
Cédula de Identidad N° _____ se le practicó examen psicofísico, el cual
dio como resultado que el examinado se encuentra

APTO	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

NO APTO	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

para la adquisición y tenencia de un arma de fuego.

Otorgado con fecha: _____/_____/_____

ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL MÉDICO CERTIFICANTE

Nombre completo _____
Cédula de Identidad N° _____ N° Inscripción Colegio Médico _____
Domicilio _____ Comuna: _____
Teléfono N° _____

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

NOTA:

- 1) El certificado deberá corresponder al original, en forma manuscrita, con letra clara y sin enmiendas en su totalidad.
- 2) El certificado debe ir en sobre cerrado, el que será entregado por el solicitante ante la Autoridad Fiscalizadora correspondiente.
- 3) La Ley N° 17.798 sobre Control de Armas, y su Reglamento Complementario, dispone dentro de los requisitos para la inscripción de armas de fuego, la presentación de un certificado médico.

EXAMEN FÍSICO

Evaluación Neurológica:	NORMAL	ANORMAL	DETALLE
(marque con una "x" según corresponda, si hay alguna)			
a) Orientación			
b) Memoria			
c) Nivel de conciencia			
d) Habla			
e) Diestro _____ Zurdo _____			
f) Pares craneales			
g) Olfato (I)			
h) Agudeza visual, campos visuales, pupila (II)			
i) (III - IV - VI) Ptosis, nistagmus, movimientos oculares, pupilas			
j) (V) Sensibilidad corneal y facial			
k) (VII) Simetría facial, frontal, ocular, labial			
l) (VIII) Oído			
m) (IX - X) Reflejo nauseosos, deglución, fonación			
n) (XI) Protusión, fasciculaciones, atrofia			
p) Extremidades superiores e inferiores: motilidad, fuerza, atrofia			
q) Cerebelo: Marcha, pruebas, movimientos alternativos rápidos			
r) Moviminetos anormales: Temblor, corea, postura			
s) Reflejos: Tendinosos, succión presión, etc.			

Agudeza visual	OD	OI	AMBOS	C/CORRECC	OD	OI	AMBOS
CERCANA							
LEJANA							
VISIÓN CROMÁTICA							

EXÁMEN CLÍNICO:
Aparato cardiovascular:
Aparato respiratorio:
Abdomen:
Aparato locomotor:
Observaciones

FIRMA Y TIMBRE DEL MÉDICO