



CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

Certifico que el Señor (a).....

RUN. Se le practicó examen psicofísico el cual dio como resultado que el examinado se encuentra:

a. Para la posesión y tenencia de un arma de fuego:

APTO

NO APTO

b. Para impartir capacitación sobre armas de fuego:
(cuando corresponda)

APTO

NO APTO

Otorgado con Fecha/...../...../

ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL MEDICO CERTIFICANTE

Nombre Completo:.....

RUN: Inscripción Superintendencia de Salud.....

Domicilio.....

Comuna.....

Teléfono.....

Email

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, él que será entregado por el solicitante ante la Autoridad Fiscalizadora correspondiente.
- 3) La Ley 17.798 de Control de Armas y elementos similares y su Reglamento Complementario dispone dentro de los requisitos para la Inscripción de Armas de Fuego, la presentación de un Certificado Médico
- 4) Acreditar que posee una aptitud física y psíquica compatible con el uso de armas, lo que deberá ser certificado por un médico con la especialidad de psiquiatría adulto.
- 5) Este profesional deberá encontrarse acreditado como médico con la especialidad de psiquiatría adulto en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, que administra la Superintendencia de Salud.
- 6) Las autoridades fiscalizadoras verificarán en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, que los facultativos cumplan con el requisito establecido, debiendo imprimir el informe y archivar junto con todos los antecedentes de la inscripción del arma de fuego o acreditación correspondiente.
- 7) Este certificado de aptitud psicofísica tendrá una vigencia de 90 días hábiles desde su emisión, esta evaluación debe ser privada entre el profesional y paciente.



EVALUACIÓN PSICOFÍSICO

Fecha: ____/____/____

Apellidos y nombres: _____

Domicilio: _____ Teléfono N°: _____

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
☐	☐	Mareos o desmayos	☐	☐	Tratamiento Psicológico	☐	☐	Presión sanguínea alta
☐	☐	Convulsiones	☐	☐	Tratamiento Neurológico	☐	☐	Enfermedad cardiaca
☐	☐	Dolores de cabeza con ffrecuencia	☐	☐	Sordera o Hipoacusia	☐	☐	Amputaciones
☐	☐	Sin habla durante pocos minutos	☐	☐	Uso de audífonos	☐	☐	Visión disminuida
☐	☐	Ausencias	☐	☐	Enfermedades en tratamiento	☐	☐	Usa lentes
☐	☐	Problemas con su memoria	☐	☐	Internación Psiquiátrica	☐	☐	Familiares con antedec. de suicidio
☐	☐	Trastornos del equilibrio	☐	☐	Tratamiento por alcoholismo	☐	☐	Familiares con antedec. sicóticos
☐	☐	Enfermedad neurológica	☐	☐	Tratamiento por toxicomanía	☐	☐	Familiares con impulsos descontrol
☐	☐	Problemas con el habla	☐	☐	Depresión	☐	☐	Fracturas
☐	☐	Que realizar electroencefalograma	☐	☐	Palpitaciones del corazón			

	SI	NO		
Ha sido operado	☐	☐	De donde:	☐
Tuvo que dejar de trabajar por razones de salud	☐	☐	Motivo:	☐
Le negaron algunas vez un seguro de vida	☐	☐	Motivo:	☐
Hábitos: Fuma	☐	☐	Cantidad por día:	☐
Ha utilizado drogas de abuso (coca, marihuana, etc.)	☐	☐	Cuándo:	☐
Toma bebidas alcohólicas	☐	☐	Cuáles y cuánto al por día	☐
Tiene sueño tranquilo	☐	☐	Cuántas horas duerme:	☐
Accidentes sufridos	☐	☐	Cuando y como:	☐

EXAMEN PSÍQUICO

A	ASPECTO:	☐	Normal	☐	Patológico				
B	ORIENTACIÓN:	☐	Global	☐	Desorientado				
C	PENSAMIENTO DE CURSO A CELERADO:	☐	Normal	☐	Lento	☐	Disgregado	☐	Fuga de ideas
D	CONCIENCIA:	☐	De situación	☐	De enfermedad				
E	ATENCIÓN:	☐	Normal	☐	Paraprosexia	☐	Hipo-hiperprosexia		
F	SENSOPERCEPCIÓN:	☐	Normal	☐	Alucinaciones				
G	AFFECTIVIDAD:	☐	Eutimia	☐	Hipertimia placentera	☐	Displacentera	☐	Disminuida
H	CONTROL DE IMPULSOS	☐	Adecuados	☐	No adecuados				
I	JUICIO:	☐	Conservado	☐	Desviado	☐	Disminuido	☐	Desviado
J	INTELIGENCIA:	☐	Normal	☐	Déficit	☐	Insuficiente		

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) Movimientos 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