

# Evaluación Psicofísico

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Declaración Jurada**  
 Tiene actualmente o ha tenido alguna vez: (marque con una X)

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos o Desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sin habla durante pocos minutos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausencias</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con su memoria</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos de equilibrio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con el habla</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con la orientación</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Que realizar electroencefalograma</p> | <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Psicológico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Neurológico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sordera o Hipoacusia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de audifonos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades en tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Internación Psiquiátrica</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento por alcoholismo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento por toxicomanía</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de aire</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón</p> | <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amputaciones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión disminuida</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa lentes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con ateced. de suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con ateced. de Siccóticos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con ateced. de descontrol</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracturas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hijos ____ sanos ____ vivos ____</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Si No

Ha sido operado			De dónde:
Tuvo que dejar de trabajar por razones de salud			Motivo:
Le negaron alguna vez un seguro de vida			Motivo:
Hábitos: Fuma			Cantidad por día:
Ha utilizado drogas de abuso (coca, marihuana, etc.)			Cuándo
Toma bebidas alcohólicas			Cuales y cuánto por día:
Tiene sueño tranquilo			Cuántas horas duerme:
Accidentes sufridos			Cuándo y Cómo:

\* Estas respuestas tienen carácter de declaración jurada y deben ser llenadas por el interesado. La comprobación de omisión o falsedad, dará motivo de la suspensión del permiso otorgado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado

**Examen Psiquico**

A	Aspecto		Normal	Patológico
B	Orientación		Global	Desorientado
C	Pensamiento de curso acelerado:		Normal Lento	Disgregado Fuga de ideas
D	Conciencia:		De situación	De enfermedad
E	Atención		Normal	Paraprosexilia Hipo-hiperprosexia
F	Sesopercepción		Normal	Alucinaciones
G	Afectividad:		Eutimia	Hipertimia Placentera Displacentera Disminuida
H	Control de Impulsos:		Adecuados	No Adecuados
I	Juicio:		Conservado	Desviado Disminuido Desviado
J	Inteligencia		Normal	Déficit Induficiente

## CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

Certifico que al Señor (a).....

Run..... Se le practicó examen psicofísico al 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: .....

Run: ..... N° Inscripción Colegio Médico .....

Domicilio: .....Comuna:.....

Teléfono: .....

---

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.

## EXÁMEN FÍSICO

Evaluación Neurológica (marque con una X según corresponda, si hay alguna anomalía)	Normal	Anormal	Detalle
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 y pupilas.			
j) (V) Sensibilidad corneal y facial.			
k) (VIII) Simetría facial, frontal, ocular y labial.			
l) (VIII) Oído			
m) (IX - X) Reflejo nauseoso, deglución, fonación.			
n) (XI) Trapecio esternocleidomastoideo.			
o) (VII) Profusión, 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, prensión, etc.			

Agudeza Visual	OD	OI	Ambos	C / Corrección	OD	OI	Ambos
Cercana							
Lejana							
Visión Cromática _____							

Exámen Clínico:
Aparato Cardiovascular:
Aparato Respiratorio:
Abdomen:
Aparato locomotor
Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre del médico