

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Nº RD. 1666-2018 MGP/DGCG
FOLIO 2996

19 DIC 2018



Resolución Directoral

CONSIDERANDO:

Que, la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Supremo Nº 015-2014-DE de fecha 26 de noviembre del 2014, faculta a la Dirección General de Capitanías y Guardacostas, en su condición de Autoridad Marítima Nacional, para que mediante resolución directoral, expida las normas complementarias que requiera la aplicación de los dispuesto en el Reglamento del Decreto Legislativo Nº 1147 que regula el Fortalecimiento de las Fuerzas Armadas en las competencias de la Autoridad Marítima Nacional – Dirección General de Capitanías y Guardacostas;

Que, el artículo el numeral (1) del artículo 12º del Decreto Supremo Nº 015-2014-DE de fecha 26 de noviembre del 2014, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo Nº 1147, establece en que es función de la Dirección General de Capitanías y Guardacostas aplicar y hacer cumplir la normativa nacional, en particular lo establecido en el Decreto Legislativo Nº 1147, el Reglamento, los instrumentos internacionales de los que el Perú es parte y otras normas de derecho internacional aplicables al Estado Peruano en el ámbito de su competencia;

Que, mediante Decreto Supremo Nº 040-81-MA de fecha 17 noviembre 1981, el Estado Peruano ratificó el Convenio Internacional sobre Normas de Formación, Titulación y Guardia para la Gente de Mar (STCW 1978), con la finalidad de fortalecer la competencia y la buena formación de la gente de mar, para garantizar la seguridad de la vida humana y la protección del medio marino en la jurisdicción de la Autoridad Marítima Nacional;

Que, con Resolución Directoral Nº 0745-2018/DCG de fecha 28 de junio del 2018 se aprueba la actualización de las normas para la realización de reconocimientos médicos del personal de la Marina Mercante, personal de Pesca, personal de Náutica Recreativa y personal de Bahía; aprobando asimismo los formatos de reconocimiento médico de los apéndices 1, 2, 3 y 4;

Que, es necesario actualizar el Formato de Reconocimiento Médico para el personal de la Marina Mercante Nacional, contenido en el Apéndice 1 de la Resolución Directoral Nº 0745-2018/DCG, en concordancia con las directrices del Convenio sobre el Trabajo Marítimo (MLC-2006), de la Organización Internacional de Trabajo - OIT y del Convenio internacional Sobre Normas de Formación, Titulación y Guardia para la Gente de Mar (STCW 1978), en su forma enmendada, del cual el Estado Peruano es parte, con el fin de mantener un estándar y mejorar la calidad y eficacia de la atención médica prestada a la gente de mar titulada y certificada por la Autoridad Marítima Nacional;



De conformidad con lo propuesto por el Director de Control de Actividades Acuáticas a lo opinado por el Jefe de la Oficina de Asesoría Legal y el Director de Doctrina, Normativa, Gestión y Estadística y a lo recomendado por el Director Ejecutivo de la Dirección General de Capitanías y Guardacostas;

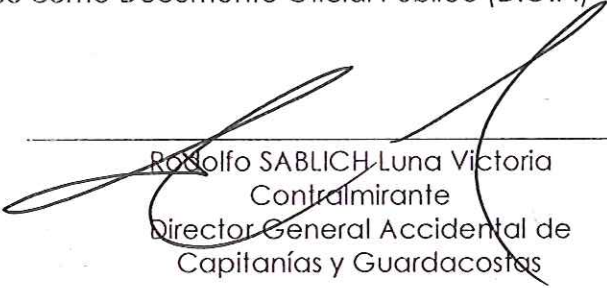
SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Modificar el Apéndice 1 – Formato de Reconocimiento Médico para Personal de la Marina Mercante Nacional, que como Anexo forma parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2°.- La presente Resolución Directoral y Apéndice serán publicados en el Portal Electrónico de la Autoridad Marítima Nacional <http://www.dicapi.mil.pe>.

Artículo 3°.- La presente Resolución Directoral, entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Regístrese y comuníquese como Documento Oficial Público (D.O.P.)


Rodolfo SABLICH Luna Victoria
Contralmirante
Director General Accidental de
Capitanías y Guardacostas

DISTRIBUCIÓN:
Copia: Archivo.-

APÉNDICE 1



PERÚ

Ministerio de
Defensa

Marina de Guerra del
Perú

Dirección General de
Capitanías y Guardacostas
Autoridad Marítima Nacional

FORMATO DE RECONOCIMIENTO MÉDICO PARA PERSONAL DE LA MARINA MERCANTE NACIONAL

MEDICAL RECOGNITION FORMAT FOR NATIONAL MERCHANT MARINE STAFF

CONFORME A LO DISPUESTO EN EL CONVENIO INTERNACIONAL SOBRE NORMAS DE FORMACIÓN, TITULACIÓN Y GUARDIA PARA LA GENTE DE MAR, 1978, EN SU FORMA ENMENDADA

UNDER THE PROVISIONS OF THE INTERNATIONAL CONVENTION ON STANDARDS OF TRAINING, CERTIFICATION AND WATCHKEEPING FOR SEAFARERS, 1978, AS AMENDED

i. - DATOS PERSONALES: Para ser completado por la Gente de Mar

I.- PERSONAL DATA: To be completed by the Seafarer

Nombres y apellidos: Full name			
Documento de identidad: Identity Document			
Fecha y lugar de nacimiento: Date and place of birth			
Género: Gender	Masculino Male	<input type="checkbox"/>	Femenino Female
Nacionalidad: Nationality			
Trabajo que desempeñará a bordo: Work to be performed on board			
Fecha del examen: Date of examination			
Dirección domiciliaria: Home address			
Tareas rutinarias y de emergencia (si lo sabe): Routine and emergency duties (if you know)			
Zona de navegación (costera, río, lago, todo el mundo): Navigation area (coastal, river, lake, worldwide)			

II. - DECLARACION PERSONAL DEL EXAMINADO:

II.- EXAMINEE'S PERSONAL DECLARATION

¿Ha sufrido alguna vez de dolencias como las que se enumera a continuación? Have you ever suffered from any of the following diseases or disorders?	SI YES	NO NO	DESCRIPCIÓN DESCRIPTION
1.- Problemas de visión Eye/vision problems			
2.- Presión arterial alta High blood pressure			
3.- Corazón enfermedad vascular Heart/vascular disease			
4.- Operación al corazón Heart surgery			
5.- Varices Varicose veins/piles			
6.- Asma/Bronquitis Asthma/Bronchitis			
7.- Alteraciones de la sangre Blood disorder			
8.- Diabetes Diabetes			
9.- Problema de tiroides Thyroid problem			
10.- Problemas digestivos Digestive disorders			



11.- Transtornos renales Kidney disorders			
12.- Transtornos de la piel Skin problems			
13.- Alergias Allergies			
14.- Enfermedades infecciosas/contagiosas Infectious/contagious diseases			
15.- Hernia Hernia			
16.- Problemas genitales Genital disorder			
17.- Embarazo Pregnancy			
18.- Problemas de sueño Sleep problems			
19.- ¿Fuma usted? ¿Ingiere alcohol y/o drogas? Do you smoke? Use alcohol or drougs?			
20.- Operaciones/cirugías Operations/surgeries			
21.- Epilepsia/ataques Epilepsy/seizures			
22.- Mareos/desmayos Dizziness/fainting			
23.- Pérdida de conciencia Loss of consciousness			
24.- Problemas psiquiaticos Psychiatric problems			
25.- Depresion Depression			
26.- Intento de suicidio Attempted Suicide			
27.- Pérdida de memoria Loss of memory			
28.- Problemas de equilibrio Balance problems			
29.- Fuertes dolores de cabeza Severe headaches			
30.- Problema de oído(oído tinnitus)/nariz/garganta Ear (hearind tinnitus)/Nose/Throat problem			
31.- Movilidad restringida Restricted mobility			
32.- Problemas de espalda o articulación Back or joint problem			
33.- Amputaciones Amputations			
34.- Fracturas /Dislocaciones Fractures/Dislocations			
Si respondió "SI" en alguna de las preguntas de arriba, por favor dar detalles: If you answered "YES" to any of the above questions, please give details: d			

Preguntas Adicionales Additional questions	SI YES	NO NO	DESCRIPCIÓN DESCRIPTION
35.- ¿Alguna vez ha sido dado de baja por enfermedad o lo han repatriado estando embarcado? Have you ever been signed off as sick or repatriated from a ship?			

36.- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? Have you ever been hospitalized?			
37.- ¿Alguna vez ha sido declarado no apto para el trabajo en el mar? Have you ever been declared unfit for sea duty?			
38.- ¿Alguna vez su certificado médico ha sido restringido o revocado? Has your medical certificate ever been restricted or revoked?			
39.- ¿Sabe Ud. si tiene algún problema médico, dolencias o enfermedad? Are you aware that you have any medical problems, diseases or illnesses?			
40.- ¿Se siente saludable y apto para realizar las tareas del puesto/ocupación que le han designado? Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position/occupation?			
41.- ¿Es Ud. alérgico a algún medicamento? Are you allergic to any medication?			
Comentarios / Comments:			
42.- ¿Toma algún medicamento sin receta o con receta? Are you taking any non - prescription or prescription medications?			
En caso afirmativo, indique los medicamentos tomados, y el (los) propósito(s) y la(s) dosificación (es): If yes, please list the medications taken, and the purpose(s) and dosage(s):			

III.- EXAMEN PSICOSOMATICO

III.- PSYCHOSOMATIC EXAMINATION

EVALUACION EVALUATION	DESCRIPCION DESCRIPTION	NORMAL NORMAL	ANORMAL ABNORMAL
Talla Height			
Peso Weight			
Indice de Masa Corporal Body Mass Index			
Marcas en el cuerpo Marks on the body			
Extremidades superiores (fuerza y movilidad) Upper extremities (strength and mobility)			
Extremidades inferiores (fuerza y movilidad) Lower extremities (strength and mobility)			
Pies Feet			
Columna vertebral- músculos Vertebral column - muscles			
Cabeza, cara y cuero cabelludo Head, face, and scalp			
Reflejos Reflexs			
Grupo Sanguineo Blood Type			
Examen de mama Breast examination			
Firma y Sello del Medico Examinador Signature and Seal of Medical Examiner			



IV. - EXAMEN OTO NEUROLOGICO

IV.- OTONEUROLOGICAL EXAMINATION

EVALUACION EVALUATION	DESCRIPCION DESCRIPTION	NORMAL NORMAL	ANORMAL ABNORMAL
Prueba de equilibrio Balance Test			
Electroencefalograma (si fuese necesario) Electroencephalogram (if required)			
Firma y sello del Medico Examinador Signature and Seal of Medical Examiner			

V.- EXAMEN CARDIOLOGICO (A PARTIR DE LOS 40 AÑOS)

V.- CARDIAC EXAMINATION (FROM 40 YEARS OLD)

EVALUACION EVALUATION	DESCRIPCION DESCRIPTION	NORMAL NORMAL	ANORMAL ABNORMAL
Presion arterial Blood pressure			
Electrocardiograma Electrocardiogram			
Firma y sello del Medico Examinador Signature and seal of Medical Examiner			

VI.- EXAMEN PULMONAR (A PARTIR DE LOS 40 AÑOS)

VI.- PULMONARY EXAMINATION (FROM 40 YEARS OLD)

EVALUACION EVALUATION	DESCRIPCION DESCRIPTION	NORMAL NORMAL	ANORMAL ABNORMAL
Rayos X Torax Chest X-Ray			
Firma y sello del Medico Examinador Signature and seal of Medical Examiner			

VII.- EXAMEN DE LABORATORIO (CUANDO SEA REQUERIDO COMO AYUDA AL DIAGNOSTICO)

VII.- LABORATORY TEST (IF REQUIRED TO HELP DIAGNOSE)

EVALUACION EVALUATION	DESCRIPCION DESCRIPTION	NORMAL NORMAL	ANORMAL ABNORMAL
Orina completo Complete urine test			
Sangre completo Complete blood test			
Firma y sello del Medico Examinador Signature and seal of Medical Examiner			

VIII.- EXAMEN DE OTORRINOLARINGOLOGIA (A PARTIR DE LOS 65 AÑOS EN ADELANTE)

VIII.- EAR, NOSE AND THROAT EXAMINATION (FROM 65 YEARS OLD AND ABOVE)

EVALUACION EVALUATION	DESCRIPCION DESCRIPTION	NORMAL NORMAL	ANORMAL ABNORMAL
Nariz Nose			
Senos paranasales Paranasal sinuses			
Boca y garganta Mouth and throat			

Oído (Agudeza Auditiva) / Tono Puro y audimetría/Hearing (Auditory Acuity) Pure tone and audiometry				
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz
Oído derecho (Right ear)				
Oído izquierdo (Left ear)				

Prueba de habla y susurro (metros) / Speech and whisper test (metres)		
	Normal / Normal	Susurro / Whisper
Oído derecho (Right ear)		
Oído izquierdo (Left ear)		
Firma y sello del Medico Examinador Signature and seal of Medical Examiner		

IX.- EXAMEN DE LA VISTA

IX.- SIGHT EXAMINATION

	SI YES	NO NO
Usa anteojos o lentes de contacto: Use of glasses or contact lenses:		
En caso "SI", especifique que tipo y cuál es el propósito: If "YES", specify which type and for what purpose:		

AGUDEZA VISUAL Visual Acuity	Lejos / Distant			Cerca / Near		
	Sin ayuda Unaided	Con ayuda Aided	Binocular Binocular	Sin ayuda Unaided	Con ayuda Aided	Binocular Binocular
Ojo derecho / Right eye						
Ojo izquierdo / Left eye						

CAMPOS VISUALES Visual fields	Normal / Normal	Defectuoso/Defective
Ojo derecho / Right eye		
Ojo izquierdo / Left eye		

VISION DE COLOR Colour vision	No probado Not tested	Normal Normal	Dudoso Doubtful	Defectuoso Defective
Visión de color: Colour vision				

Firma y sello del Medico Examinador Signature and seal of Medical Examiner	
---	--

X.- EVALUACIÓN DE LA APTITUD PARA EL SERVICIO EN EL MAR

X.- Assessment of fitness for service at sea

Sobre la base de la declaración de la persona examinada, mi reconocimiento clínico y los resultados de las pruebas de diagnóstico mencionados más arriba, declaro que, a efectos médicos, la persona examinada es:

On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results recorded above, I declare the examinee medically:

RESULTADO RESULT	SI YES	NO NO	** Con limitaciones o restricciones With limitations or restrictions
APTO PARA EL SERVICIO FIT FOR SERVICE			
OBLIGACIÓN DE LLEVAR LENTES CORRECTORES: Visual aid required			
** Sírvase describir las restricciones (ejm. puesto de trabajo específico, categoría de buque, zona de operación, etc.): Describe restrictions (e.g., specific position, type of ship, trade area, etc.)			



XI.- CERTIFICADO MÉDICO PARA EL SERVICIO EN EL MAR

XI.- Medical certificate for service at sea

	SI YES	NO NO
3.1 ¿Confirma que los documentos de identificación del paciente fueron revisados en el lugar del examen? Confirmation that identification documents were checked at the point of examination?		
3.2 ¿La audición satisface las normas del Código STCW, Sección A-1/9? Hearing meets the standards in STCW Code, Section A-1/9?		
3.3 ¿Es satisfactoria la audición sin audífonos? Unaided hearing satisfactory?		
3.4 ¿La agudeza visual cumple con los estándares del Código STCW, Sección A-1/9? Visual acuity meets standards in STCW Code, Section A-1/9?		
3.5 ¿La visión del color cumple con los estándares del Código STCW, Sección A-1/9? (la prueba sólo se requiere cada seis años) Colour vision meets the standards in STCW Code, Section A-1/9? (testing only required every six years)		
3.5.1 Fecha de la última prueba de la visión del color: Date of last colour vision test		
3.6 ¿Es apto para los deberes de vigía? Fit for lookout duties?		
3.7 ¿No existen limitaciones o restricciones respecto de la aptitud física? No limitations or restrictions on fitness?		
Si la respuesta es "NO", dar detalles de las limitaciones o restricciones: if "no", specify limitations or restrictions:		
3.8 ¿Padece alguna afección médica que pueda agravarse por el servicio o hacer que no sea apto para el servicio o poner en peligro la salud de otras personas a bordo? Is free from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or to render the seafarer unfit for such service or to endanger the health of other persons on board?		
3.9 Lugar y fecha del reconocimiento (día/mes/año): Place and date of examination (day/month/year)		
3.10 Fecha de expiración del certificado, máximo 02 años (día/mes/año): expiry date of certificate, until 2 years at the most (day/month/year)		
4.1 Sello oficial (incluido el nombre) de la autoridad expedidora: Official stamp (including name) of the issuing authority		
4.2 Firma de la persona autorizada: Signature of the authorized person		
5. Firma de la gente de mar: / Seafarer's signature		
Confirmando que he sido informado del contenido del presente certificado médico y sobre el derecho a solicitar una revisión del dictamen con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 6 de la sección A-1/9 del Código de Formación. Confirming that the seafarer has been informed of the content of the certificate and of the right to a review in accordance with paragraph 6 of section A-1/9 of the STCW Code. FIRMA / Signature	

6.- Este certificado es expedido cumpliendo con los requisitos tanto del Convenio de Formación 1978, en su forma enmendada, como del Convenio sobre el Trabajo Marítimo, 2006.

This certificate is issued to meet the requirements of both the STCW Convention, 1978, as amended, and the Maritime Labour Convention, 2006.