

## **CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA**

Certifico que al 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	<input type="checkbox"/>	NO APTO	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	---------	--------------------------

b. Para impartir capacitación sobre armas de fuego:

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

(Cuando corresponda)

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

### **ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL MÉDICO CERTIFICANTE**

Nombre completo .....

RUN: ..... Inscripción Superintendencia de Salud.....

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.
- 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: .....

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

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Mareos o desmayos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Convulsiones</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Dolores de cabeza con frecuencia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Sin habla durante pocos minutos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Ausencias</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Problemas con su memoria</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos del equilibrio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad neurológica</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Problemas con el habla</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Ha tenido que realizarse un electroencefalograma</td> </tr> </table>	SI	NO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin habla durante pocos minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con su memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos del equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con el habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido que realizarse un electroencefalograma	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tratamiento Psicológico</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tratamiento Neurológico</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Sordera o Hipoacusia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Uso de audífonos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedades en tratamiento</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Internación Psiquiátrica</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tratamiento por alcoholismo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tratamiento por toxicomanía</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Depresión</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Palpitaciones del corazón</td> </tr> </table>	SI	NO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sordera o Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de audífonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades en tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento por alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento por toxicomanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones del corazón	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Presión sanguínea alta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad cardiaca</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Amputaciones</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Visión disminuida</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Usa lentes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Familiares con antec. suicido</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Familiares con antec. sicóticos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Familiares impulsos descontrol</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Fracturas</td> </tr> </table>	SI	NO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión disminuida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con antec. suicido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con antec. sicóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares impulsos descontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas
SI	NO																																																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o desmayos																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza con frecuencia																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin habla durante pocos minutos																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausencias																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con su memoria																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos del equilibrio																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con el habla																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido que realizarse un electroencefalograma																																																																																																
SI	NO																																																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Psicológico																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Neurológico																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sordera o Hipoacusia																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de audífonos																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades en tratamiento																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internación Psiquiátrica																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento por alcoholismo																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento por toxicomanía																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones del corazón																																																																																																
SI	NO																																																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea alta																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiaca																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputaciones																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión disminuida																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa lentes																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con antec. suicido																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con antec. sicóticos																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares impulsos descontrol																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas																																																																																																

Ha sido operado	SI
Tuvo que dejar de trabajar por razones de salud	NO
Le negaron alguna vez un seguro de vida	SI
Hábito: Fuma	NO
Ha utilizado drogas de abuso (coca, marihuana, etc)	SI
Toma bebidas alcohólicas	NO
Tiene sueño tranquilo	SI
Accidentes sufridos	NO

	De dónde:
	Motivo:
	Motivo:
	Cantidad por día:
	Cuando:
	Cuáles y cuánto por día:
	Cuántas horas duerme:
	Cuándo y cómo:

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado

## EXAMEN PSÍQUICO

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	Paraprosexia      Hipo-hiperprosexia
F	Sensopercepción:	Normal	Alucinaciones
G	Afectividad:	Eutimia	Hipertimia placentera      Displacentera      Disminuida
H	Control de los impulsos:	Adecuados	No adecuados
I	Juicio:	Conservado	Desviado      Disminuido      Desviado
J	Inteligencia:	Normal	Déficit      Insuficiente



## EXAMEN FÍSICO

Evaluación Neurológica (marque con una X según corresponda, si hay alguna normalidad)	NORMAL	ANORMAL	DETALLE
Orientación			
Memoria			
Nivel de conciencia			
Habla			
Diestro ..... Zurdo .....			
Pares craneales			
Olfato ( I )			
Agudeza visual, campos visuales, pupila ( II )			
( III – IV – VI ) Ptosis, nistagmus, movimientos oculares, pupilas			
( V ) Sensibilidad comeal y facial			
(VII ) Simetría facial, frontal, ocular, labial			
( VIII ) Oído			
( IX – X ) Reflejo nauseoso, deglución, fonación			
( XI ) Trapecio, Esternocleidomastoideo			
( XII ) Protrusión, fasciculaciones, atrofia			
Extremidades Superiores e inferiores: motilidad, fuerza, atrofia			
Cerebelo: Marcha, pruebas, movimientos alternativos rápidos			
Movimientos anormales: Temblor, corea, postura			
Reflejos: Tendinosos, succión, prensión, etc.			

AGUDEZA VISUAL	OD	OI	AMBOS	C/CORRECIÓN	OD	OI	AMBOS
CERCANA							
LEJANA							
VISIÓN CROMÁTICA _____							

<b>EXAMEN CLÍNICO:</b>
Aparato cardiovascular:
Aparato respiratorio:
Abdomen:
Aparato locomotor:
Observaciones:

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE DEL MÉDICO



MENTIS