

CODIGO COMUNAL:

LICENCIA “ ” FICHA:

FECHA / /

DECLARACION JURADA DE RESPONSABILIDAD

Cumpliendo con la Ley N° 8560 y sus modificatorias y sus Decretos Reglamentarios, asumo total y exclusiva responsabilidad por los datos consignados y las consecuencias emergentes por omisiones y/o inexactitud de los mismos.

DATOS PERSONALES - Escriba con letra imprenta

Apellido																Nombres																	
Domicilio - Calle																Nro.				Piso		Dpto.		Localidad									
Tipo				N° Documento												Fecha de Nacimiento				Edad		Estado Civil											
Sexo				Grupo Sanguineo												Es donante de organos?				Usa AUDIFONO		Usa ANTEOJOS											

DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR - Marque con una cruz lo que corresponda.

Licencia Aprendizaje		Renovación		Cambio de Categoría	
Primer Licencia		Revalidación		Cambio de datos	

A - CAUSAS PARA DETERMINAR EL NO APTO

Declaración jurada de salud - Responda SI o NO, según corresponda

a) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL			
1- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca?		2- ¿Ha recibido trasplante de corazón?	
3- ¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?		4- ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?	
5- ¿Padece hipertension arterial?		5- ¿Padece de disnea?	
b) TRASTORNOS HEMATOLOGICOS			
7- ¿Padece hemofilia o trastornos de coagulación?		8- ¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?	
9- ¿Padece de anemia?		10- ¿Ha recibido transfusión de plasma?	
c) SISTEMA RENAL			
11- ¿Padece de enfermedades renales?		12- ¿Ha recibido trasplante renal?	
d) ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS			
13- ¿Padece Diabetes?		14- ¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	
9- ¿Padece alguna enfermedad glandular?			
e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR			
16- ¿Padece enfermedades encefálicas?		17- ¿Padece de epilepsia?	
18- ¿Padece de convulsiones?		19- ¿Padece de alteraciones del equilibrio?	
20- ¿Padece alguna afección neurológica?		21- ¿Ha padecido perdida de conocimiento?	
22- ¿Ha sufrido traumatismo craneo encefálico?			
f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA			
23- ¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiatrico?		24- ¿Le cuesta controlar sus impulsos?	
g) VISION Y AUDICION			
25- ¿Tiene recetados anteojos para ver de lejos?		26- ¿Tiene recetados lentes de contacto?	
27- ¿Le han realizado alguna operación ocular?		28- ¿Padece disminución de la audición?	
29- ¿Padece alguna patología auditiva?		30- ¿Usa audífono o implante coclear?	
ALERGIAS			
31- ¿Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo detallar			
CONTAGIO POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS			
32- ¿Mnatuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo detallar			
OTRAS ENFERMEDADES			
33- ¿Padece alguna enfermedad que NO se halla detallado? En caso afirmativo detallar			
MEDICACIÓN			
34- ¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo detallar			
35- ¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo detallar			
36- ¿Ha tomado medicamentos las últimas 24 Hs.? En caso afirmativo detallar			

**CODIGO COMUNAL:****LICENCIA " " FICHA:****FECHA** / /

EXAMENES VARIOS

B - EXAMENES FISICOS Para ser completado por el médico

1 - Miembros superiores	B - EXAMENES FISICOS Para ser completado por el medico
OBSERVACIONES:	
OBSERVACIONES:	
2 - Miembros Inferiores	
OBSERVACIONES:	
OBSERVACIONES:	
3 - Cuello	
OBSERVACIONES:	
OBSERVACIONES:	
4 - Talla	
OBSERVACIONES:	
OBSERVACIONES:	

C - EXAMENES SENSORIALES Para ser completado por el médico

1 - Agudeza visual Binocular									
Ojo derecho		Ojo izquierdo		Suma					
1 - Agudeza visual Monocular									
Ojo derecho			Ojo izquierdo						
2 - Perimetría, Campimetría, Binocular									
Ojo derecho			Ojo izquierdo						
2 - Perimetría, Campimetría, Monocular									
Ojo derecho			Ojo izquierdo						
3 - Visión de Profundidad									
Señales			Optotipos						
4 - Visión Mesópica									
5 - Encandilamiento y recuperación al encandilamiento									
6 - Visión de Colores (Discromatopsia)									
Discriminación de colores			Discriminación de colores básicos						
7 - Movimientos oculares. Balance muscular									
Foria vertical			Foria horizontal						
8 - Audiometria		500	1000	2000	3000	4000	8000		
Audición normal		Hipoacusia leve		Hipoacusia moderada		Hipoacusia severa			

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFISICO

APTO		(1)				SÍ	NO
APTO CON RESTRICCIONES		(2)	DONANTE DE ORGANOS				
NO APTO TEMPORAL			ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO				(3)
NO APTO							

OBSERVACIONES

(1)
(2)
(3)

NOTA: Cuando el profesional interviniente necesite ampliar el contenido del presente formulario, lo hará agregando otros folios, los que deberán estar numerados y firmados por el profesional.

Firma y DNI del declarante

**Firma y DNI del Representante o Tutor
(Si el declarante es menor de edad)**

Firma y sello del Médico

ORIGINAL PARA EL EXAMINADO - DUPLICADO PARA EL O.I.B.C.A.

