ENTREGAR ESTA DECLARACIÓN AL MÉDICO CUANDO SEA ATENDIDO (A)

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD
(Resolución Exenta N°1194 del M.M. de TT. de fecha 16/06/2020)

Se solicita que responda las siguientes preguntas referidas a su estado de salud. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial, de manera que puede contestar con sinceridad.
Si usted presenta problemas de salud, ello no es causa para impedir la obtención o renovación de su licencia de conducir, mientras tome los cuidados necesarios para efectuar una conducción segura.

El espíritu de estas medidas es resguardar su propia seguridad y salud, como las de todas las personas que comparten el espacio público.

Declaración

Yo, _____,

RUN N°_____, estoy en conocimiento de que mi estado de salud puede incidir, en favor o en detrimento de la seguridad vial al momento de conducir un vehículo. Por ello declaro no faltar a la verdad ni ocultar información con respecto a la existencia, actual o pasada, de enfermedades físicas, enfermedades psíquicas, intervenciones o tratamientos médicos, a los que haya sido sometido(a).

_____
Firma postulante

Fecha:

DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

<table>
<tr><td rowspan="2">Nombre:</td><td>Edad:</td><td>Sexo:</td></tr>
<tr><td>Peso:</td><td>Estatura:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Licencia Conductor que se posee.
(Marcar las que correspondan.)</td><td colspan="2">Profesionales</td><td>No Profesionales</td><td>Especiales</td><td rowspan="2">Obtenidas antes del 08 de marzo de 1997</td></tr>
<tr><td>A-1:___
A-2:___
A-3:___</td><td>A-4:___
A-5:___</td><td>B:_____
C:_____</td><td>D: _____
E : _____
F : _____</td></tr>
<tr><td>No posee ninguna clase Licencia: _____</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>A-1 : _____
A-2 : _____</td></tr>
</table>

ESTUDIOS:

E. Básica incompleta	E. Básica completa	E. Media	E. Superior

SITUACION LABORAL:

<table>
<tr><td>Activo(a)</td><td>Desempleado(a)</td><td>Jubilado(a)</td><td>Estudiante</td><td>Labores de casa</td><td>Pensionado(a)</td></tr>
<tr><td colspan="6">OFICIO/PROFESION:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Jornada laboral: Diurno ___ Turno___</td><td colspan="3">¿Cuál?: Fijo____ Rotativo____</td></tr>
</table>

ENTREGAR ESTA DECLARACIÓN AL MÉDICO CUANDO SEA ATENDIDO (A)

ANTECEDENTES Y SITUACION ACTUAL (Marque lo que corresponda,1 sola alternativa):

HA TENIDO O TIENE:						
Válvula Cardíaca	SI	NO	Dificultad para hablar o escribir.	SI	NO
Bypass Coronario	SI	NO	Hipertensión arterial	SI	NO
Implante Marcapasos	SI	NO	Se siente a menudo cansado, fatigado, ¿con sueño durante el día?	SI	NO
Cataratas ¿Qué ojo? I ___ D____	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Glaucoma ¿Qué ojo? I – D	SI	NO	Dificultad para respirar	SI	NO
Enfermedad de la retina o mácula ¿Qué ojo? I - D	SI	NO	Palpitaciones	SI	NO
Operaciones de los ojos	SI	NO	Dolor en el pecho al hacer esfuerzos	SI	NO
Usa lentes de cerca	SI	NO	Enfermedad Renal	SI	NO
Usa lentes de lejos	SI	NO	Olvidos frecuentes que le llame la atención	SI	NO
Enfermedades u operaciones de los oídos	SI	NO	Problemas psicológicos o emocionales	SI	NO
Mareos, vértigos o problemas de equilibrio	SI	NO	Trastornos psiquiátricos	SI	NO
¿Usa audífonos para escuchar mejor?	SI	NO	Cáncer ¿Cuál?.....	SI	NO
Desmayo o pérdida de conciencia	SI	NO	Enfermedad del hígado	SI	NO
Epilepsia o crisis convulsiva	SI	NO	Accidente cerebro vascular o derrame cerebral	SI	NO
Pérdida de fuerzas en extremidades	SI	NO	Problemas para dormir	SI	NO
Esclerosis Múltiple	SI	NO	¿Ud. ronca? (más fuerte que hablar, o se escucha en piezas vecinas)	SI	NO
Enfermedad de Parkinson	SI	NO	¿Alguien ha visto que deje de respirar cuando duerme?	SI	NO
TEC (Traumatismo encéfalo craneano)	SI	NO	¿Operado de algo? ¿De qué?	SI	NO
Pérdida, ausencia, malformación de extremidad o parte de ella.	SI	NO	¿Otra enfermedad? ¿Cuál?.....	SI	NO
Enfermedades del corazón: Insuficiencia cardíaca	SI	NO	Anginas de pecho	SI	NO
Infartos	SI	NO	Arritmias	SI	NO
¿Ha estado con licencia médica más de 1 mes, en el último año? ¿Por qué?				SI	NO

¿Ha tomado algún medicamento en el último mes? Señale Cual: Medicamento	Cantidad/día	Por qué?
1.		
2.		
3.		
4.		

HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (Sólo en caso de Control)

¿Conduce Ud.? :	Todos los días	Algunos días de la semana	Algunos días al mes	Algunos días al año
¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o a trabajar?	SI	NO	¿Tiene evaluaciones periódicas con médico?	SI NO
¿Conduce preferentemente en?	ciudad	carretera	ambas	
¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización?				SI NO
¿Si ha tenido un accidente, ¿A qué se debió?, secuelas?				

_____

FIRMA POSTULANTE

RUN: _____