**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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Edad: | Sexo: |
| Peso: | Estatura: |
| Licencia Conductor que se posee.  (Marcar las que correspondan.) | Profesionales | | No Profesionales | Especiales | Obtenidas antes del 08 de marzo de 1997 |
| A-1:\_\_\_  A-2:\_\_\_  A-3:\_\_\_ | A-4:\_\_\_  A-5:\_\_\_ | B:\_\_\_\_  C:\_\_\_\_ | D: \_\_\_\_  E : \_\_\_\_  F : \_\_\_\_ |
| A-1 : \_\_\_\_  A-2 : \_\_\_\_ |
| No posee ninguna clase Licencia: \_\_\_\_\_ |

**ESTUDIOS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E. Básica incompleta | E. Básica completa | E. Media | E. Superior |

**SITUACION LABORAL:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Activo(a) | Desempleado(a) | Jubilado(a) | Estudiante | Labores de casa | Pensionado(a) |
| OFICIO/PROFESION: | | | | | |
| Jornada laboral: Diurno \_\_\_ Turno\_\_\_ | | | ¿Cuál?: Fijo\_\_\_\_ Rotativo\_\_\_\_ | | |

**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  Infartos | | SI | NO | Anginas de pecho  Arritmias | | SI | NO |
| SI | NO | 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**