



DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD

(Resolución Exenta N°1194 del M.M.deTT. 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.

<p>Declaración</p> <p>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).</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>Firma postulante</i></p> <p style="text-align: right;">Fecha: _____</p>

DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

Nombre: _____		Edad: _____	Sexo: _____														
		Peso: _____	Estatura: _____														
Licencia Conductor que se posee. (Marcar las que correspondan.)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 2px;">Profesionales</th> <th style="padding: 2px;">No Profesionales</th> <th style="padding: 2px;">Especiales</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">A-1 : ___ A-4 : ___</td> <td style="padding: 2px;">B: ___</td> <td style="padding: 2px;">D: ___</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">A-2 : ___ A-5 : ___</td> <td style="padding: 2px;">C: ___</td> <td style="padding: 2px;">E : ___</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">A-3 : ___</td> <td></td> <td style="padding: 2px;">F : ___</td> </tr> </table>	Profesionales	No Profesionales	Especiales	A-1 : ___ A-4 : ___	B: ___	D: ___	A-2 : ___ A-5 : ___	C: ___	E : ___	A-3 : ___		F : ___	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 2px;">Obtenidas antes del 08 de marzo de 1997</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">A-1 : ___</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">A-2 : ___</td> </tr> </table>	Obtenidas antes del 08 de marzo de 1997	A-1 : ___	A-2 : ___
Profesionales	No Profesionales	Especiales															
A-1 : ___ A-4 : ___	B: ___	D: ___															
A-2 : ___ A-5 : ___	C: ___	E : ___															
A-3 : ___		F : ___															
Obtenidas antes del 08 de marzo de 1997																	
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	
By-pass 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	
Glaucoma	¿Qué ojo ?	I - D	SI	NO	Dificultad para respirar	
Enfermedad de la retina o mácula	¿Qué ojo ?	I - D	SI	NO	Palpitaciones	
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? Cuál? Señale:						
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 Y RUN del postulante