

CODIGO COMUNAL:

LEGAJO N°:	CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:
------------	-------------------------------

FICHA N°:	FECHA:
-----------	--------

DECLARACION JURADA DE RESPONSABILIDAD

Cumpliendo con la ley N° 8560 y su decreto reglamentario, asumo total y exclusiva responsabilidad por los datos consignados y las consecuencias emergentes por omisiones y/o inexactitudes de los mismos.

DATOS PERSONALES – Escriba con letra imprenta

Apellido	Nombre/s
Domicilio	Nro.
	Piso
	Dpto.
	Barrio
Localidad	Teléfono de EMERGENCIAS
Tipo Doc.	N° Documento
	fecha de Nacimiento
	Edad
	Estado civil
Sexo	Grupo sanguíneo
	Factor RH
	Donante de órganos

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

Aprendizaje	Cambio de datos
Revalidación	Primera Licencia
Renovación	Nueva
Cambio de categoría	

DECLARACION JURADA DE SALUD – Responda SI o NO, según corresponda

ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL			
1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardiaca?		2. ¿Ha recibido trasplante de corazón?	
3. ¿Posee prótesis vasculares cardiacas o marcapaso?		4. ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?	
5. ¿Padece hipertensión arterial?		6. ¿Padece disnea (sensación de falta de aire)?	

TRASTORNOS HEMATOLOGICOS			
7. ¿Padece Hemofilia o trastornos de circulación?		8. ¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?	
9. ¿Padece de anemia?		10. ¿Ha recibido transfusión de plasma?	

SISTEMA RENAL			
11. ¿Padece de enfermedades renales?		12. ¿Ha recibido trasplante renal?	

ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINA			
13. ¿Padece diabetes?		14. ¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	
15. ¿Padece alguna enfermedad glandular?			

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 pérdida de conocimiento?	
22. ¿ha sufrido traumatismo de cráneo encefálico?			

TRASTORNOS MENTALES Y/ O DE CONDUCTA

23. ¿Esta o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?		24. ¿Le cuesta controlar los impulsos?	
---	--	--	--

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 en observaciones	
OBSERVACIONES	

CONTAGIO POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS

32. ¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo, detallar en observaciones	
OBSERVACIONES	

OTRAS ENFERMEDADES

33. ¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo, detallar en observaciones	
OBSERVACIONES	

MEDICACION

33. ¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo, detallar en observaciones	
33. ¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo, detallar en observaciones	
33. ¿Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 horas? En caso afirmativo, detallar en observaciones	
OBSERVACIONES	

Firma y DNI del Declarante

Firma y DNI del representante legal o tutor

Firma y sello medico

EXAMENES VARIOS

CODIGO COMUNAL:

LEGAJO N°:	CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:
------------	-------------------------------

FICHA N°:	FECHA:
-----------	--------

EXAMENES FISICOS – Para ser completados por el medico

1. Miembros Superiores	
OBSERVACIONES	

2. Miembros Inferiores	
OBSERVACIONES	

3. Cuello	
OBSERVACIONES	

4. Talla	
OBSERVACIONES	

EXAMENES SENSORIALES – Para ser llenados por el medico

1. Agudeza visual Binocular			
Ojo derecho			Ojo izquierdo

1. Agudeza visual Monocular			
Ojo derecho			Ojo izquierdo

2. Perimétrica, Campimetría Binocular			
Ojo derecho			Ojo izquierdo

2. Perimétrica, Campimetría Monocular			
Ojo derecho			Ojo izquierdo

3. Visión de profundidad			
Señales			Opto tipos

4. Visión nocturna			
Meso pica			

5. Encandilamiento			

6. Recuperación al encandilamiento			

7. Visión de colores			
Discriminación de colores-Ishihara		Discriminación de colores básicos	
Visión Kinetica			
Visión de contraste			
Fusión			
Fatiga			

Foria vertical	
Foria horizontal	

AUDIOMETRIA

Audiometría	500	1000	2000	3000	4000	8000
Audición Normal		Hipoacusia Leve		Hipoacusia Moderada		Hipoacusia Severa

EXAMENES DE PSICOMOTRICIDAD Y PSICOLOGICOS

Para ser completados por el Médico o Psicólogo

TEST DE :	RESULTADO
1. Atención concentrada y resistencia a la monotonía	
2. Reacciones múltiples discriminativas	
3. Velocidad de anticipación	
4. Coordinación bimanual	
5. Toma de decisiones	
6. Personalidad	

OBSERVACIONES: _____

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

Firma y DNI del Declarante

Firma y DNI del representante legal o tutor

Firma y sello medico

CODIGO COMUNAL: _____

LEGAJO N°: _____ CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR: _____

FICHA N°: _____ FECHA: _____

EXAMEN VISUAL

PERIMETRIA

DERECHO			NASAL		IZQUIERDO		
55°	70°	85°	IZQ.	DER.	55°	70°	85°

VISION TESTER

- AGUDEZA VISUAL

	MONOCULAR IZQUIERDO	A	N	BINOCULAR	A	N	MONOCULAR DERECHO	A	N	EVALUACION
1										20/200
2										20/100
3										20/70
4										20/50
5										20/40
6										20/30
7										20/30

- VISION DE PROFUNDIDAD

1 ° LINEA 3		2° LINEA 6		3 LINEA 12	
-------------	--	------------	--	------------	--

- IDENTIFICACION DE COLORES

a) A R Am VRV	b) Am R V A A Am	c) V Am Am R V A	d) V A R Am A R
---------------	------------------	------------------	-----------------

- FORIA HORIZONTAL Y VERTICAL

FORIA	HIPERFORIA								HIPORFORIA									
VERTICAL									1	2	3	4	5	6	7			
HORIZONTAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	ESOFORIA								EXOFORIA									

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFISICO

Coloque una cruz donde corresponda

APTO	
------	--

APTO CON RESTRICCIONES		1
------------------------	--	---

NO APTO TEMPORAL		2
------------------	--	---

NO APTO	
---------	--

ES DONANTE DE ORGANOS	SI	NO
-----------------------	----	----

ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO			3
---------------------------------	--	--	---

POSEE ALGUN TIPO DE ALEGIA			4
----------------------------	--	--	---

En caso de darse alguna de las opciones numeradas deberá detallarla en **OBSERVACIONES**

OBSERVACIONES:
1.
2.
3.
4.