



DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

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

» Escriba con letra impresa

DATOS PERSONALES

» Para ser completado por el Declarante*

Apellido												Nombre											
Domicilio								Nro.		Piso		Dpto		Localidad									
Número de CUIL ó DNI												Fecha de Nacimiento				Edad		Estado civil					
Sexo - M / F		Grupo Sanguíneo / Factor RH				Es Donante de órganos?				Número de Celular:				Correo Electrónico:									

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

Licencia Aprendizaje	Cambio de Datos	Revalidación	Cambio de Datos
Primer Licencia	Extravío o Deterioro	Renovación	Cambio de Categoría

A.- CAUSAS PARA DETERMINAR EL NO APTO

Declaración Jurada de Salud - Responda SÍ ó 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 hipertensión arterial?		6.- ¿Padece de disnea?	
b) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS			
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 METABÓLICAS Y ENDOCRINAS			
13.- ¿Padece diabetes?		14.- ¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	
15.- ¿Padece alguna enfermedad glandular?			
e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR			
16.- ¿Padece de enfermedades encefálicas?		17.- ¿Padece de epilepsia?	
18.- ¿Padece de convulsiones?		19.- ¿Padece alteraciones del equilibrio?	
20.- ¿Padece alguna afección neurológica?		21.- ¿Ha padecido pérdida de conocimiento?	
22.- ¿Ha sufrido traumatismo craneo encefálico?			
f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA			
23.- ¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?		24.- ¿Le cuesta controlar sus impulsos?	
g) VISIÓN Y AUDICIÓN			
25.- ¿Tiene recetados anteojos ver de para 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.			
CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS			
32.- ¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo; detallar en observaciones			
OTRAS ENFERMEDADES			
33.- ¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo; detallar en observaciones.			
MEDICACIÓN			
34.- ¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo; observaciones.			
35.- ¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo; observaciones.			
36.- ¿Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 hs? En caso afirmativo; observaciones.			

Firma
DNI del Declarante

Firma y N° de Documento
del representante legal o tutor
(Cuando el Declarante sea menor de edad)

Firma - Sello del Médico
Sello Hospital.

EXÁMENES VARIOS

B.- EXÁMENES FÍSICOS – Para ser completado por el Médico.

1.- Miembros Superiores.	
OBSERVACIONES.....	
2.- Miembros Inferiores.	
OBSERVACIONES.....	
3.- Cuello.	
OBSERVACIONES.....	
4.- Talla.	
OBSERVACIONES.....	

C.- EXÁMENES 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 colores básicos					
7.- Movimientos oculares. Balance muscular.							
Foria vertical		Foria horizontal					
8.- Audiometría							
	500	1000	2000	3000	4000	8000	
Audición normal		Hipoacusia leve		Hipoacusia moderada		Hipoacusia severa	

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO

APTO	
APTO CON RESTRICCIONES	
NO APTO TEMPORAL	
NO APTO	

OBSERVACIONES:

NOTA: Cuando los profesionales intervinientes necesiten ampliar el contenido del presente formulario, lo harán agregando otros folios, los que deberán estar numerados y firmados por el profesional. También, cuando el psicólogo realice las evaluaciones de manera convencional, deberá agregar los folios con los tests y sus resultados.

Firma
DNI del Declarante

Firma y N° de Documento
del representante legal o tutor
(Cuando el Declarante sea menor de edad)

Firma - Sello del Médico
Sello Hospital.