MUNICIPALIDAD DE TANTI

CAT. LICENCIA _____

FECHA___/____/____

EXÁMENES VARIOS

EXÁMENES FÍSICOS - DEBEN SER COMPLETADOS POR EL PROFESIONAL MÉDICO

1) MIEMBROS SUPERIORES

OBSERVACIONES:_____

2) MIEMBROS INFERIORES

OBSERVACIONES:_____

3) CUELLO

OBSERVACIONES:_____

4) TALLA

OBSERVACIONES:_____

EXÁMENES SENSORIALES - DEBEN SER COMPLETADOS POR EL PROFESIONAL MÉDICO

1) AGUDEZA VISUAL BINOCULAR

OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO		SUMA	

1) AGUDEZA VISUAL MONOCULAR

OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO		SUMA	

2) PERIMÉTRICA, CAMPIMETRÍA, BINOCULAR

OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	

2) PERIMÉTRICA, CAMPIMETRÍA, MONOCULAR

OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	

3) VISIÓN DE PROFUNDIDAD

OBSERVACIÓN:

4) VISIÓN MESÓPICA

OBSERVACIÓN:

5) ENCANDILAMIENTO Y RECUPERACIÓN

OBSERVACIÓN:

6) VISIÓN DE COLORES (DISCROMATOPSIA)

DISCRIMINACIÓN DE COLORES		DISCRIMINACIÓN DE COLORES BÁSICOS	

7) MOVIMIENTOS OCULARES, BALANCE MUSCULAR

FORIA VERTICAL		FORIA HORIZONTAL	

8) AUDIOMETRÍA

500	1000	2000	3000	4000	8000

AUDICIÓN NORMAL		HIPOACUSIA LEVE		HIPOACUSIA SEVERA		HIPOACUSIA MODERADA	

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO

APTO	
APTO CON RESTRICCIONES	
NO APTO TEMPORAL	
NO APTO	

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

NOTA: CUANDO EL PROFESIONAL INTERVINIENTE NECESITE AMPLIAR EL CONTENIDO DEL PRESENTE FORMULARIO, LO HARÁ AGREGANDO OTROS FOLIOS, LOS QUE DEBERÁN ESTAR NUMERADOS Y FIRMADOS POR EL O LOS PROFESIONALES

FIRMA Y DNI DEL DECLARANTE

FIRMA Y DNI DEL REPRESENTANTE O TUTOR
(SI EL DECLARANTE FUERA MENOR)

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO

Provincial del Cordero Serrano

MUNICIPALIDAD DE TANTI

CAT. LICENCIA _____

FECHA___/____/____

DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

Cumpliendo con la Ley Nº 8560, con sus modificatorias y decretos reglamentarios, asumo la exclusiva responsabilidad por los datos consignados y las consecuencias emergentes por omisiones e inexactitud de lo mismos.

DATOS PERSONALES (ESCRIBA CON LETRA IMPRENTA)

APELLIDO | NOMBRES

DOMICILIO - CALLE | NÚMERO | PISO | DPTO | CP | LOCALIDAD

TIPO D.N.I | D.N.I | FECHA NAC. | EDAD | ESTADO CIVIL | SEXO (F M) | GRUPO SANGUINEO

DONANTE DE ÓRGANOS? SI NO

USA AUDIFONOS? SI NO

USA ANTEOJOS? SI NO

DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR (MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA)

LICENCIA APRENDIZAJE		RENOVACIÓN		CAMBIO DE CATEGORIA	
PRIMERA LICENCIA		REVALIDACIÓN		CAMBIO DE DATOS	

CAUSAS A DETERMINAR EL NO APTO (RESPONDA SI O NO, SEGÚN CORRESPONDA)

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

A) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS, TENSIONAL

1-PADECE O A PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA?		4-PADECE ASMA O INSUFICIENCIA RESPIRATORIA?	
2-HA RECIBIDO TRANSPLANTE DE CORAZÓN?		5-PADECE HIPERTENSIÓN ARTERIAL?	
3-POSEE PRÓTESIS VASCULARES CARDIACA O MARCAPASOS?		6-PADECE DISNEA?	

B) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

7-PADECE HEMOFILIA O TRASTORNOS DE COAGULACIÓN?		9-ESTA RECIBIENDO TRATAMIENTO DE HEMOTERAPIA?	
8-PADECE ANEMIA?		10-HA RECIBIDO TRANSFUSIÓN DE PLASMA?	

C) SISTEMA RENAL

11-PADECE ENFERMEDADES RENALES?		12-HA RECIBIDO TRANSPLANTE RENAL?	

D) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS

13-PADECE DIABETES?		15-PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TIROIDES?	
14-PADECE ALGUNA ENFERMEDAD GLANDULAR?			

E) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR

16-PADECE ENFERMEDADES ENCEFÁLICAS?		20-PADECE EPILEPSIA?	
17-PADECE CONVULSIONES?		21-PADECE ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO?	
18-PADECE ALGUNA AFECCIÓN NEUROLÓGICA?		22-HA PADECIDO ALTERACIONES DEL CONOCIMIENTO?	
19-HA SUFRIDO TRAUMATISMO DE CRÁNEO ENCEFÁLICO?			

F) TRASTORNOS MENTALES Y/O CONDUCTA

23-ESTÁ O ESTUVO EN TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO?		24-LE CUESTA CONTROLAR SUS IMPULSOS?	

G) VISIÓN Y AUDICIÓN

25-TIENE RECETADO ANTEOJOS PARA VER DE LEJOS?		28-TIENE RECETADOS LENTES DE CONTACTO?	
26-LE HAN REALIZADO ALGUNA OPERACIÓN OCULAR?		29-PADECE DISMINUCIÓN DE LA AUDICIÓN?	
27-PADECE ALGUNA PATOLOGÍA AUDITIVA?		30-USA AUDIFONOS O IMPLANTES?	

H) ALERGÍAS- EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR

31-ES ALÉRGICO A ALGUNA MEDICACIÓN?		

I) CONTAGIO POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS - EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR

32-MATUVO CONTACTO ACCIDENTAL O LABORAL CON MATERIALES PELIGROSOS?		

J) OTRAS ENFERMEDADES - EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR

33-PADECE ALGUNA ENFERMEDAD QUE NO SE HA DETALLADO?		

K) MEDICACIÓN

34-TIENE RECETADA MEDICACIÓN PERMANENTE?		
35-TIENE RECETADA MEDICACIÓN TRANSITORIA?		
36-HA TOMADO MEDICACIÓN EN LAS ÚLTIMAS 24HS?		

FIRMA Y DNI DEL DECLARANTE

FIRMA Y DNI DEL REPRESENTANTE O TUTOR
(SI EL DECLARANTE FUERA MENOR)

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO

Provincial del Cordero Serrano