



**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.

**DATOS PERSONALES —** Escriba con letra imprenta.

Apellido										Nombre											
Domicilio										Nro.		Piso		Dpto		Localidad					
Tipo		N° Documento						Fecha de nacimiento				Edad		Estado civil							
Sexo		Grupo Sanguíneo / Factor RH				Es donante de órganos?															

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

Licencia Aprendizaje	Cambio de Datos	Revalidación	Cambio de Datos
<b>Primer Licencia</b>	Extravío o Deterioro	<b>Renovación</b>	Cambio de Categoría

**A.- CAUSAS PARA DETERMINAR EL NO APTO**

**Declaración jurada de salud -**Responda **SÍ** o **NO**, según corresponda.

<b>a) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL</b>			
1.- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca?	2.- ¿Ha recibido transplante de corazón?		
3.- ¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?	4.- ¿Padece asma o Insuficiencia Respiratoria?		
5.- ¿Padece hipertensión arterial?	6.- ¿Padece de disnea?		
<b>b) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS</b>			
7.- ¿Padece Hemofilia o trastornos de coagulación?	8.- ¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?		
9.- ¿Padece de anemia?	10.- ¿Ha recibido transfusión de plasma?		
<b>c) SISTEMA RENAL.</b>			
11.- ¿Padece de enfermedades renales?	12.- ¿Ha recibido transplante renal?		
<b>d) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS</b>			
13.- ¿Padece diabetes?	14.- ¿Padece alguna enfermedad de tiroides?		
15.- ¿Padece alguna enfermedad glandular?			
<b>e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR</b>			
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?			
<b>f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA</b>			
23.- ¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?	24.- ¿Le cuesta controlar sus impulsos?		
<b>g) VISIÓN Y AUDICIÓN</b>			
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?		
<b>ALERGIAS</b>			
31.- ¿Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo, detallar en observaciones.			
<b>CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS</b>			
32.- ¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo; detallar en observaciones			
<b>OTRAS ENFERMEDADES</b>			
33.- ¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo; detallar en observaciones.			
<b>MEDICACIÓN</b>			
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 y DNI del Declarante

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

Firma y sello del médico.

## EXÁMENES VARIOS

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

<b>1.- Miembros Superiores.</b>	
OBSERVACIONES.....	
<b>2.- Miembros Inferiores.</b>	
OBSERVACIONES.....	
<b>3.- Cuello.</b>	
OBSERVACIONES.....	
<b>4.- Talla.</b>	
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 y DNI del Declarante

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

Firma y sello del médico.