



EXAMEN PSICOFÍSICO de Licencias de Conducir

CODIGO COMUNAL: 147 CLASE DE LICENCIA "....." FECHA...../...../.....

Licencia N°..... Tel. de Emergencia:..... Tel. de Particular:.....

DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

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

DATOS PERSONALES - Escriba con letra imprenta

Apellido										Nombres											
Domicilio - Calle										Nro.		Piso.		Dpto.		Localidad					
Tipo		N°. Documento				Edad		Fecha de Nacimiento				Estado Civil									
Sexo		Grupo Sanguíneo				Es donante de órganos?				Usa AUDIFONO?				Usa ANTEOJOS?							

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

Licencia de Aprendizaje		Renovación		Cambio de Categoría	
Primer Licencia		Revalidación		Cambio de Datos	

A - CAUSAS PARA DETERMINAR EL NO APTO

Declaración Jurada de Salud - Responda SI o NO, según corresponda.

a) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS 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 HEMATOLOGICOS	
7 - ¿Padece hemofilia o trastornos de coagulación?	8 - ¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?
9 - ¿Padece Anemia?	10 - ¿Ha recibido transfusión o 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 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?	
f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA	
23 - ¿Esta o estuvo en tratamiento Psíquico?	24 - ¿Le cuesta controlar sus impulsos?
g) VISION Y AUDICION	
25 - ¿Tiene recetados anteojos para ver de lejos?	26 - ¿Tiene recetados lentes de contacto?
27 - ¿Le ha realizado alguna operación ocular?	28 - ¿Padece disminución de la audición?
28 - ¿Padece alguna patología auditiva?	30 - ¿Usa audifono o implante coclear?
ALERGIAS	
31 - ¿Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo detallar.	
CONTAGIO POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS	
32 - ¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo detallar.	
OTRAS ENFERMEDADES	
33 - ¿Padece alguna enfermedad que NO se halla detallado? En caso afirmativo detallar.	
MEDICACIÓN	
34 - ¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo detallar.	
35 - ¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo detallar.	
36 - ¿Ha tomado medicación en las últimas 24 Hs.? En caso afirmativo detallar.	

Firma y Aclaración del Declarante

D.N.I.: _____

Firma y Aclaración del Representante o Tutor

(Si el declarante es menor de edad)

D.N.I. _____

Firma y Sello del Médico



EXAMENES VARIOS

B - EXAMENES FISICOS Para ser completado por el Médico.

1- Miembros superiores
OBSERVACIONES:
2- Miembros inferiores
OBSERVACIONES:
3- Cuello
OBSERVACIONES:
4 - Talla
OBSERVACIONES:

C - EXAMENES 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 del encandilamiento						
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 Moderada		Hipoacusia Severa

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFISICO

APTO			
APTO CON RESTRICCIONES	(1)		SI NO
NO APTO TEMPORAL	(2)	DONANTE DE ORGANOS	
NO APTO		ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO	

OBSERVACIONES

(1)
(2)
(3)

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 profesional.

Firma Declarante

D.N.I.: _____

Firma del Representante o Tutor

(Si el declarante es menor de edad)
D.N.I. _____

Firma y sello del Médico