



## LICENCIA DE CONDUCIR

<b>FICHA N°:</b>	<b>FECHA:</b> ...../...../.....
COMUNIDAD REGIONAL / MUNICIPALIDAD / COMUNA DE: <b>LA FRANCIA</b>	
CÓDIGO COMUNAL: <b>046</b>	
LEGAJO N°	CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:

### DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

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 de imprenta.

APELLIDOS		NOMBRES			
DOMICILIO		NRO.	PISO	DPTO.	LOCALIDAD
TIPO DOC. ID.	N° DE DOCUMENTO		DNI EXPEDIDO POR		
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	
A	B	AB	O	POSITIVO	NEGATIVO
MARQUE CON UNA "X" EL GRUPO SANGUÍNEO				MARQUE CON UNA "X" EL FACTOR RH	

### DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR

Marque con una X lo que corresponda.

Aprendizaje		Cambio de datos	
Revalidación		Cambio de fecha	
Renovación		Extravío o deterioro	
Cambio de categoría		Deterioro	

.....  
Firma y N° de Documento del Declarante

.....  
Firma y N° de Documento del representante legal o tutor  
(cuando el declarante sea menor de edad)



## DATOS PERSONALES

Completar por solicitante en todas las hojas

<b>NOMBRE</b>	<b>APELLIDO</b>	<b>TIPO y N° DE DOCUMENTO</b>

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

<b>A) ASPECTOS CARDÍACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONALES</b>			
1.	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca?	SI	NO
2.	¿Ha recibido trasplante de corazón?	SI	NO
3.	¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?	SI	NO
4.	¿Padece asma o Insuficiencia Respiratoria?	SI	NO
5.	¿Padece hipertensión arterial?	SI	NO
6.	¿Padece de disnea?	SI	NO
<b>B) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS</b>			
7.	¿Padece hemofilia o trastornos de la coagulación?	SI	NO
8.	¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia	SI	NO
9.	¿Padece anemia?	SI	NO
10.	¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?	SI	NO
<b>C) SISTEMA RENAL</b>			
11.	¿Padece de enfermedades renales?	SI	NO
12.	¿Ha recibido trasplante renal?	SI	NO
<b>D) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS</b>			
13.	¿Padece diabetes?	SI	NO
14.	¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	SI	NO
15.	¿Padece alguna enfermedad glandular?	SI	NO
<b>E) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR</b>			
16.	¿Padece enfermedades encefálicas?	SI	NO
17.	¿Padece epilepsia?	SI	NO
18.	¿Padece de convulsiones?	SI	NO
19.	¿Padece alteraciones del equilibrio?	SI	NO
20.	¿Padece alguna afección neurológica?	SI	NO
21.	¿Ha padecido pérdida de conocimiento?	SI	NO
22.	¿Ha sufrido traumatismo craneoencefálico?	SI	NO
<b>F) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE LA CONDUCTA</b>			
23.	¿Está o ha estado en tratamiento psiquiátrico?	SI	NO
24.	¿Le cuesta controlar sus impulsos?	SI	NO
<b>G) VISIÓN Y AUDICIÓN</b>			
25.	¿Tiene recetados anteojos para ver de lejos?	SI	NO
26.	¿Tiene recetados lentes de contacto?	SI	NO
27.	¿Le han realizado alguna cirugía ocular?	SI	NO

### DATOS PERSONALES

Completar por solicitante en todas las hojas

NOMBRE	APELLIDO	TIPO y N° DE DOCUMENTO		
28. ¿Padece disminución de la audición?			SI	NO
29. ¿Padece alguna patología auditiva?			SI	NO
30. ¿Usa audífono o implante coclear?				
<b>OBSERVACIONES (Puntos 1 a 30):</b>				
<b>H) ALERGIAS</b>				
31. ¿Es alérgico a alguna medicación? En caso positivo, detallar en observaciones:			SI	NO
<b>Observaciones:</b>				
<b>I) CONTAGIOS POR SUSTANCIAS PELIGROSAS</b>				
32. ¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo, detallar en observaciones:			SI	NO
<b>Observaciones:</b>				
<b>J) OTRAS ENFERMEDADES</b>				
33. ¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo, detallar en observaciones:			SI	NO
<b>Observaciones:</b>				
<b>K) MEDICACIÓN</b>				
34. ¿Tiene recetado medicación permanente? En caso afirmativo, detallar en observaciones:			SI	NO
35. ¿Tiene recetado medicación transitoria? En caso afirmativo, detallar en observaciones:			SI	NO
36. ¿Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 hs? En caso afirmativo, detallar en observaciones:			SI	NO
<b>Observaciones:</b>				

.....  
Firma y N° de Documento del  
Declarante

.....  
Firma y N° de Documento del  
representante legal o tutor (cuando  
el declarante sea menor de edad)

.....  
Firma y Sello del Médico

**DATOS PERSONALES**

Completar por solicitante en todas las hojas

<b>NOMBRE</b>	<b>APELLIDO</b>	<b>TIPO y N° DE DOCUMENTO</b>

**EXAMEN CLÍNICO****ANTROPOMETRÍA**

PESO:..... | TALLA:..... | TENSIÓN ARTERIAL:...../.....

**EXAMEN DE COLUMNA CERVICAL**

Detalle si padece enfermedades como hernias de disco, fracturas, listesis, etc.

**EXAMEN DE MIEMBROS SUPERIORES**

Detalle si padece enfermedades como artritis, artrosis, amputaciones, etc.

**EXAMEN DE MIEMBROS INFERIORES**

Detalle si padece enfermedades como artritis, artrosis, amputaciones, reemplazos articulares, etc.

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 N° de Documento del  
Solicitante

.....  
Firma y N° de Documento del  
representante legal o tutor (cuando  
el solicitante sea menor de edad)

.....  
Firma y Sello del Médico

### DATOS PERSONALES

Completar por solicitante en todas las hojas

<b>NOMBRE</b>	<b>APELLIDO</b>	<b>TIPO y N° DE DOCUMENTO</b>

## LICENCIA DE CONDUCIR - RESULTADO APTO PSICOFÍSICO

<b>FICHA N°:</b>	<b>FECHA:</b> ...../...../.....
------------------	---------------------------------

COMUNIDAD REGIONAL / MUNICIPALIDAD / COMUNA DE: <b>LA FRANCIA</b>	
CÓDIGO COMUNAL: <b>046</b>	
LEGAJO N°	CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:

<b>RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO</b> Coloque una <b>X</b> donde corresponda.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. APTO		
2. APTO CON RESTRICCIONES		
3. NO APTO TEMPORAL		
4. NO APTO		

Coloque una <b>X</b> donde corresponda.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
5. ¿ES DONANTE DE ÓRGANOS?		
6. ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO?		

<b>OBSERVACIONES</b>
1.
2.
3.

.....  
Firma y N° de Documento del  
Solicitante

.....  
Firma y N° de Documento del  
representante legal o tutor (cuando  
el solicitante sea menor de edad)

.....  
Firma y Sello del Médico