

## DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD

A contar del mes de junio de 2020, el Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones implementó el nuevo INSTRUCTIVO TÉCNICO PARA APOYAR LA GESTIÓN DEL MÉDICO DE LOS GABINETES TÉCNICOS MUNICIPALES AUTORIZADOS PARA OTORGAR LICENCIAS DE CONDUCTOR.

(Resolución Exenta N°1194 del M.M. de TT. de fecha 16/06/2020)

Se solicita que responda las siguientes preguntas referidas a su estado de salud. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial, de manera que puede contestar con sinceridad.

Si usted presenta problemas de salud, ello no es causa para impedir la obtención o renovación de su licencia de conducir, mientras tome los cuidados necesarios para efectuar una conducción segura.

El espíritu de estas medidas es resguardar su propia seguridad y salud, como las de todas las personas que comparten el espacio público.

### Declaración

Yo, \_\_\_\_\_, RUN N° \_\_\_\_\_, estoy en conocimiento de que mi estado de salud puede incidir, en favor o en detrimento, de la seguridad vial, al momento de conducir un vehículo. Por ello declaro no faltar a la verdad ni ocultar información con respecto a la existencia, actual o pasada, de enfermedades físicas, enfermedades psíquicas, intervenciones o tratamientos médicos, a los que haya sido sometido(a).

\_\_\_\_\_ Firma postulante

Fecha:

### DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

NOMBRE:				
Edad: _____	Peso: _____		Estatura: _____	Sexo: _____
¿Posee Licencia de Conducir?	SI	NO		
Si su respuesta anterior fue si, indique la clase de Licencia de Conducir que posee. (Marcar las que correspondan)	Profesionales: A1. [ ] A2. [ ] A3. [ ] A4. [ ] A5. [ ]	No Profesionales: B. [ ] C. [ ]	Especiales: D. [ ] E. [ ] F. [ ]	Obtenidas antes del 08 marzo de 1997: A-I. [ ] A-2. [ ]

### ESTUDIOS

E. Básica incompleta [ ]	E. Básica completa [ ]	E. Media [ ]	E. Superior [ ]
--------------------------	------------------------	--------------	-----------------

### SITUACIÓN LABORAL

Activo(a) [ ]	Estudiante [ ]	Desempleado(a) [ ]	Jubilado(a) [ ]	Labores de casa [ ]	Pensionado(a) [ ]
---------------	----------------	--------------------	-----------------	---------------------	-------------------

OFICIO/PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

Jornada laboral:	Diurna. [ ] Turno. [ ]	¿Cuál?	Fijo. [ ]	Rotativo. [ ]
------------------	------------------------	--------	-----------	---------------

### ANTECEDENTES Y SITUACION ACTUAL (Marque lo que corresponda, 1 sola alternativa):

#### HA TENIDO O TIENE:

Válvula Cardíaca	SI	NO	Dificultad para hablar o escribir.	SI	NO
Bypass Coronario	SI	NO	Hipertensión arterial	SI	NO
Implante Marcapasos	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Cataratas ¿Qué ojo? I [ ] D [ ]	SI	NO	Dificultad para respirar	SI	NO
Glaucoma ¿Qué ojo? I [ ] D [ ]	SI	NO	Palpitaciones	SI	NO
Enfermedad de la retina o mácula ¿Qué ojo? I [ ] D [ ]	SI	NO	Se siente a menudo cansado, fatigado, ¿con sueño durante el día?	SI	NO
Operaciones de los ojos	SI	NO	Dolor en el pecho al hacer esfuerzos	SI	NO
Usa lentes de cerca	SI	NO	Enfermedad Renal	SI	NO
Usa lentes de lejos	SI	NO	Olvidos frecuentes que le llame la atención	SI	NO
Enfermedades u operaciones de los oídos	SI	NO	Problemas psicológicos o emocionales	SI	NO
Mareos, vértigos o problemas de equilibrio	SI	NO	Trastornos psiquiátricos	SI	NO
¿Usa audífonos para escuchar mejor?	SI	NO	Cáncer ¿Cuál? _____	SI	NO
Desmayo o pérdida de conciencia	SI	NO	Enfermedad del hígado	SI	NO
Epilepsia o crisis convulsiva	SI	NO	TEC (Traumatismo encéfalo craneano)	SI	NO
Pérdida de fuerzas en extremidades	SI	NO	Problemas para dormir	SI	NO
Esclerosis Múltiple	SI	NO	Enfermedad de Parkinson	SI	NO
Accidente cerebro vascular o derrame cerebral	SI	NO	¿Ud. ronca? (más fuerte que hablar, o se escucha en piezas vecinas)	SI	NO
Pérdida, ausencia, malformación de extremidad o parte de ella.	SI	NO	¿Alguien ha visto que deje de respirar cuando duerme?	SI	NO
¿Operado de algo? ¿De qué?	SI	NO	¿Otra enfermedad? ¿Cuál? _____	SI	NO

Enfermedades del corazón:	Insuficiencia cardíaca	SI	NO	Anginas de pecho	SI	NO
	Infartos	SI	NO	Arritmias	SI	NO

¿Ha estado con licencia médica más de 1 mes, en el último año?	SI	NO
--	----	----

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado algún medicamento en el último mes? Señale cual		
Medicamento	Cantidad/día	¿Por qué?

#### HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (Sólo en caso de Control/Renovación)

¿Conduce usted?	Todos los días [ ]	Algunos días al mes [ ]	Algunos días al año [ ]
	Algunos días de la semana [ ]		

¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o a trabajar?	SI	NO	¿Tiene evaluaciones periódicas con médico?	SI	NO
---	----	----	--	----	----

¿Conduce preferentemente en?	Ciudad [ ]	Carretera [ ]	Ambas [ ]
------------------------------	------------	---------------	-----------

¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización?	SI	NO
--	----	----

¿Si ha tenido un accidente, ¿A qué se debió?, ¿secuelas?
--

Firma postulante

RUN: \_\_\_\_\_