DECLARACIÓN ESTADO DE SALUD

(autoreporte)

Se solicita que responda las siguientes preguntas referidas a su estado de salud. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial, de manera que pueda 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, psíquicas, intervenciones o tratamientos médicos, a los que haya sido sometido(a).

_____ _____

Firma postulante fecha

DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

<table>
<tr><td colspan="3">Nombre:</td><td>Edad:</td><td>Sexo:</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>Peso:</td><td>Estatura:</td></tr>
<tr><td>Licencia conductor que posee (Marcar las que correspondan)
NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA: ☐</td><td>Profesionales
A-1: ☐
A-2: ☐
A-3: ☐
A-4: ☐
A-5: ☐</td><td>No Profesionales
B: ☐
C: ☐</td><td>Especiales
D: ☐
E: ☐
F: ☐</td><td>Obtenidas antes del 08 de Marzo de 1997:
A-1: ☐
A-2: ☐</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>Estudios</td><td colspan="2">☐ E. Básica Completa
☐ E. Media</td><td colspan="2">☐ E. Básica Incompleta
☐ E. Superior</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Situación Laboral</td><td>Activo(a) ☐</td><td>Desempleado(a) ☐</td><td colspan="2">Jubilado(a) ☐</td></tr>
<tr><td>Estudiante ☐</td><td>Labores de Casa ☐</td><td colspan="2">Pensionado ☐</td></tr>
<tr><td colspan="5">Oficio y/o Profesión:</td></tr>
<tr><td>Jornada Laboral</td><td>Diurna ☐</td><td>Turno ☐ ¿Cuál?</td><td>Fijo ☐</td><td>Rotativo ☐</td></tr>
</table>

¿HA TENIDO O TIENE...?

Válvula Cardiaca	SI ☐	NO ☐	
Bypass Coronario	SI ☐	NO ☐	
Implante Marcapasos	SI ☐	NO ☐	
Cataratas	SI ☐	NO ☐	¿Qué ojo?
Glaucoma	SI ☐	NO ☐	¿Qué ojo?
Enfermedades de la retina o mácula	SI ☐	NO ☐	¿Qué ojo?
Operaciones de los ojos	SI ☐	NO ☐	
¿Usa lentes de cerca?	SI ☐	NO ☐	
¿Usa lentes de lejos?	SI ☐	NO ☐	
Enfermedades u operaciones de los oídos	SI ☐	NO ☐	
Mareos, vértigo o problemas de equilibrio	SI ☐	NO ☐	
¿Usa audífonos para escuchar mejor?	SI ☐	NO ☐	
Desmayo o pérdida de conciencia	SI ☐	NO ☐	
Epilepsia o crisis convulsivas	SI ☐	NO ☐	
Pérdida de fuerzas en extremidades	SI ☐	NO ☐	
Esclerosis múltiple	SI ☐	NO ☐	
Enfermedad de Parkinson	SI ☐	NO ☐	
TEC (Traumatismo Encéfalo Craneano)	SI ☐	NO ☐	
Pérdida, ausencia o malformación de alguna extremidad o parte de ella	SI ☐	NO ☐	
Dificultad para hablar o escribir	SI ☐	NO ☐	
Hipertensión arterial	SI ☐	NO ☐	
¿Se siente a menudo cansado, fatigado o con sueño durante el día?	SI ☐	NO ☐	
Diabetes	SI ☐	NO ☐	
Dificultad para respirar	SI ☐	NO ☐	
Palpitaciones	SI ☐	NO ☐	
Dolor en el pecho al hacer esfuerzos	SI ☐	NO ☐	
Enfermedad renal	SI ☐	NO ☐	
Olvidos frecuentes que le llaman la atención	SI ☐	NO ☐	
Problemas psicológicos o emocionales	SI ☐	NO ☐	
Trastornos psiquiátricos	SI ☐	NO ☐	
Cáncer	SI ☐	NO ☐	¿Cuál?
Enfermedad del Hígado	SI ☐	NO ☐	
Accidente cerebro vascular o derrame cerebral	SI ☐	NO ☐	
Problemas para dormir	SI ☐	NO ☐	

¿Usted ronca? (Más fuerte que hablar o se escucha en piezas vecinas)	SI ☐ NO ☐
¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme?	SI ☐ NO ☐

Enfermedades del corazón	Insuficiencia cardiaca	SI ☐ NO ☐
	Infartos	SI ☐ NO ☐
	Anginas de Pecho	SI ☐ NO ☐
	Arritmias	SI ☐ NO ☐
¿Operado de algo?	SI ☐ NO ☐	¿De qué?
Otra enfermedad	SI ☐ NO ☐	¿Cuál?
¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año?	SI ☐ NO ☐	¿Por qué?
¿Ha tomado o usado algún medicamento el último mes?		SI ☐ NO ☐
MEDICAMENTO	**CANTIDAD/DIA**	**¿POR QUÉ?**

HABITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (Solo en caso de Control)

¿Conduce Usted?	Todos los días ☐		Algunos días a la semana ☐
	Algunos días del Mes ☐		Alguno días al año ☐
¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o trabajar?			SI ☐ NO ☐
¿Tiene evaluaciones periódicas con médicos?			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 y Run del Postulante