



## DECLARACIÓN DE 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 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).

Fecha: \_\_\_\_\_

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

DATOS PERSONALES									
<b>NOMBRE</b>			<b>EDAD:</b>		<b>SEXO:</b>				
			<b>PESO:</b>		<b>ESTATURA:</b>				
<b>Licencia de Conducir que posee</b> (Marcar la o las que corresponden)	<b>PROFESIONALES</b>		<b>NO PROFES.</b>		<b>ESPECIALES</b>		<b>OBT. ANTES 8/3/97</b>		
	<b>A1</b>		<b>B</b>		<b>D</b>		<b>A1</b>		
	<b>A2</b>		<b>C</b>		<b>E</b>		<b>A2</b>		
	<b>A3</b>				<b>F</b>				
	<b>A4</b>								
<b>NO posee ninguna clase de licencia:</b>	<b>A5</b>								
<b>E. Básica Incompleta</b>		<b>E. Básica Completa</b>		<b>E. Media</b>		<b>E. Superior</b>			
SITUACIÓN LABORAL									
<b>Activo(a):</b>		<b>Desempleado(a):</b>		<b>Jubilado(a):</b>					
<b>Estudiante:</b>		<b>Laborales de la casa:</b>		<b>Pensionado:</b>					
<b>Oficio / profesión:</b>									
JORNADA LABORAL									
<b>Diurna:</b>		<b>Turno:</b>		<b>¿Cuál? FIJO</b>		<b>¿Cuál? ROTATIVO</b>			



**ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL (Marque lo que corresponda, una sola alternativa):**

<b>¿HA TENIDO O TIENE...?</b>				
Válvula Cardíaca	SI		NO	
By-pass Coronario	SI		NO	
Implante Marcapasos	SI		NO	
Cataratas	SI		NO	¿Que ojo?
Glaucoma	SI		NO	¿Que ojo?
Enfermedad de la retina o mácula	SI		NO	¿Que 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 fuerza en extremidades	SI		NO	
Esclerosis Múltiple	SI		NO	
Enfermedad de Parkinson	SI		NO	
TEC (traumatismo encéfalo craneano)	SI		NO	
Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte	SI		NO	
Dificultad para hablar o escribir	SI		NO	
Hipertensión arterial	SI		NO	
¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante	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 llamen la atención	SI		NO	
Problemas psicológicos o emocionales	SI		NO	
Trastornos psiquiátricos	SI		NO	



<b>Cáncer ¿Cuál?</b>		SI		NO	
<b>Enfermedad del hígado</b>		SI		NO	
<b>Accidente cerebro vascular o derrame cerebral</b>		SI		NO	
<b>Problemas para dormir</b>		SI		NO	
<b>¿Usted ronca? (más fuerte que hablar o se escucha en piezas)</b>		SI		NO	
<b>¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme?</b>		SI		NO	
<b>Enfermedades del corazón</b>	<b>Insuficiencia cardíaca</b>	SI		NO	
	<b>Infartos</b>	SI		NO	
	<b>Anginas de pecho</b>	SI		NO	
	<b>Arritmias</b>	SI		NO	
<b>¿Operado de algo?</b>	SI		NO		<b>¿De qué?</b>
<b>Otra enfermedad</b>	SI		NO		<b>¿Cuál?</b>
<b>¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año?</b>	SI		NO		<b>¿Por qué?</b>
<b>¿Ha tomado o usado algún medicamento en último mes?</b>		SI		NO	
<b>Medicamento</b>	<b>Cantidad/día</b>		<b>¿Por qué?</b>		



**HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (sólo en caso de control):**

¿Conduce usted?	Todos los días		Algunos días de la semana			
	Algunos días al mes		Algunos días al año			
¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o trabajar?			SI		NO	
¿Tiene evaluaciones periódicas con medico?			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)