

## COMISIÓN PROVINCIAL DE TRÁNSITO Y SEGURIDAD VIAL CÓRDOBA

### DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD, LLENARLA ANTES DE IR AL MÉDICO

Cumpliendo con la ley N° 8560 y sus modificaciones y sus decretos reglamentarios, asumo 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 imprenta

<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Apellido	Nombres			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Domicilio- Calle	Nro. piso Dpto Localidad			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Tipo	N° Documento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo	Grupo sanguíneo	Fecha Nacimiento	Edad	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Es donante de órganos	Usa audifono	Usa anteojos para conducir

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

Licencia aprendizaje	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>	Cambio de categoría	<input type="checkbox"/>
Primera licencia	<input type="checkbox"/>	Revalidación	<input type="checkbox"/>	Cambio de Datos	<input type="checkbox"/>

#### A- CAUSAS PARA DETERMINAR EL NO APTO

Declaración jurada de salud- **Responda SI o NO** según corresponda

#### ASPECTOS CARDÍACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca?  | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Ha recibido trasplante de corazón?        | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos? | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria? | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Padece hipertensión arterial ?                    | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Padece disnea ?                           | <input type="checkbox"/> |

#### TRANSTORNOS HEMATOLÓGICOS

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 7. ¿Padece hemofilia o trastornos de coagulación? | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Está recibiendo quimioterapia?      | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Padece anemia?                                | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Ha recibido transfusión de plasma? | <input type="checkbox"/> |

#### SISTEMA RENAL

- |                                   |                          |                                    |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 11. ¿Padece enfermedades renales? | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Ha recibido trasplante renal? | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|

#### ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDÓCRINAS

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 13. ¿Padece diabetes?                    | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Padece alguna enfermedad de tiroides? | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Padece alguna enfermedad glandular? | <input type="checkbox"/> |  |                          |

### A- CAUSAS PARA DETERMINAR EL NO APTO

Declaración jurada de salud- **Responda SI o NO** según corresponda

#### SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 16. ¿Padece enfermedades encefálicas?              | <input type="checkbox"/> | 17. ¿Padece de epilepsia?                  | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Padece de convulsiones?                       | <input type="checkbox"/> | 19. ¿Padece de alteraciones de equilibrio? | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Padece alguna afección neurológica ?          | <input type="checkbox"/> | 21. ¿Ha padecido pérdida de conocimiento ? | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿ Ha sufrido traumatismo de cráneo encefálico? | <input type="checkbox"/> |  |                          |

#### TRANSTORNOS MENTALES Y /O DE CONDUCTA

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 23. ¿Esta o estuvo en tratamiento Psiquiátrico? | <input type="checkbox"/> | 24. ¿Le cuesta controlar sus impulsos? | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--|--------------------------|

#### VISIÓN Y AUDICIÓN

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 25. ¿Tiene recetados anteojos para ver de lejos? | <input type="checkbox"/> | 26. ¿Tiene recetados lentes de contactos? | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Le han realizado alguna operación ocular?   | <input type="checkbox"/> | 28. ¿Padece disminución de la audición?   | <input type="checkbox"/> |
| 29. ¿Padece alguna patología auditiva?           | <input type="checkbox"/> | 30. ¿Usa audífono o implante coclear ?    | <input type="checkbox"/> |

#### ALERGIAS

31. ¿Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo detallar
- .....

#### CONTAGIO POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O CONTAGIOSAS

32. ¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo detallar
- .....

#### OTRAS ENFERMEDADES

33. ¿Padece alguna enfermedad que NO haya sido detallada? 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 medicamentos las últimas 24 hs? En caso afirmativo detallar
- .....

**B- EXAMENES FÍSICOS-** Para ser completados por el médico

**MIEMBROS SUPERIORES**

OBSERVACIONES: .....

**MIEMBROS INFERIORES**

OBSERVACIONES: .....

**CUELLO:**

OBSERVACIONES: .....

**TALLA:**

OBSERVACIONES: .....

**B- EXAMENES SENSORIALES-** Para ser completados por el médico

**1- AGUDEZA VISUAL BINOCULAR**

Ojo derecho  Ojo izquierdo  Suma

**1- AGUDEZA VISUAL MONOCULAR**

Ojo derecho  Ojo izquierdo

**2- PERIMETRÍA, CAMPIMETRIA, BINOCULAR**

Ojo derecho  Ojo izquierdo

**2- PERIMETRÍA, CAMPIMETRIA, MONOCULAR**

Ojo derecho  Ojo izquierdo

**3- VISIÓN DE PROFUNDIDAD**

Señales  Optotipos

**4- VISIÓN MESOPICA**

**5- ENCANDILAMIENTO Y RECUPERACIÓN AL ENCANDILAMIENTO**

**6- VISIÓN DE COLORES (Discromatopsia)**

Discriminación de colores  Discr. colores básicos

**7- MOVIMIENTO OCULARES, BALANCE MUSCULAR**

Foria vertical  Foria Horizontal

**8- AUDIOMETRÍA 500  1000  2000  3000  4000  8000**

AUDICION NORMAL  HIPOACUSIA LEVE  HIPOACUSIA MODERADA  HIPOACUSIA SEVERA

**RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO**

APTO   
 APTO CON RESTRICCIONES  (1)  
 NO APTO TEMPORAL  (2)  
 NO APTO

SI NO  
 DONANTE DE ÓRGANOS    
 ALÉRGICO A ALGUNA MEDICACIÓN   (3)

**OBSERVACIONES**

1. Los exámenes teóricos y prácticos se toman de lunes a jueves de 7:30 a 12:00 hs.
2. A partir de los 70 años deberá realizar un examen práctico obligatorio.
3. Ficha Médica: de lunes a viernes , en el Hospital Juan B. Medeat de 8:00 a 10:00 hs (fotocopia DNI)
4. Al momento del examen presentar, seguro al día, tarjeta verde, vehiculo en condiciones.
5. Si es menor o es la primera vez que obtiene licencia de conducir, presentarse con una persona habilitada.