ANEXO 1:

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).

Firma postulante

Fecha:

DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

Nombre:		Edad:		Sexo:	
		Peso:		Estatura:	
Licencia Conductor que se posee (Marcar las que correspondan)	Profesionales: A-1: ____ A-2: ____ A-3: ____ A-4: ____ A-5: ____	No Profesionales: B: ____ C: ____	Especiales: D: ____ E: ____ F: ____	Obtenidas antes del 08 marzo de 1997: A-1: ____ A-2: ____	
NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA: ____					
Estudios: E. Básica incompleta ☐ E. Básica completa ☐ E. Media ☐ E. Superior ☐					
Situación laboral:		Activo(a) ☐	Desempleado(a) ☐	Jubilado(a) ☐	
		Estudiante ☐	Labores de casa ☐	Pensionado(a) ☐	
Oficio/profesión :					
Jornada laboral: Diurna ☐ Turno ☐ ¿Cuál? Fijo ☐ Rotativo ☐					

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

¿HA TENIDO O TIENE...?	
Válvula Cardíaca	Sí ☐ No ☐
By-pass Coronario	Sí ☐ No ☐
Implante Marcapasos	Sí ☐ No ☐
Cataratas	Sí ☐ No ☐ ¿Qué ojo?
Glaucoma	Sí ☐ No ☐ ¿Qué ojo?
Enfermedad de la retina o mácula	Sí ☐ No ☐ ¿Qué ojo?
Operaciones de los ojos	Sí ☐ No ☐
¿Usa lentes de cerca?	Sí ☐ No ☐
¿Usa lentes de lejos?	Sí ☐ No ☐
Enfermedades u operaciones de los oídos	Sí ☐ No ☐
Mareos, vértigo o problemas de equilibrio	Sí ☐ No ☐
¿Usa audífonos para escuchar mejor?	Sí ☐ No ☐
Desmayo o pérdida de conciencia	Sí ☐ No ☐
Epilepsia o crisis convulsivas	Sí ☐ No ☐
Pérdida de fuerza en extremidades	Sí ☐ No ☐
Esclerosis Múltiple	Sí ☐ No ☐
Enfermedad de Parkinson	Sí ☐ No ☐
TEC (traumatismo encéfalo craneano)	Sí ☐ No ☐
Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte de ella.	Sí ☐ No ☐
Dificultad para hablar o escribir	Sí ☐ No ☐
Hipertensión arterial	Sí ☐ No ☐
¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante el día?	Sí ☐ No ☐
Diabetes	Sí ☐ No ☐
Dificultad para respirar	Sí ☐ No ☐

Palpitaciones		Sí ☐	No ☐
Dolor en el pecho al hacer esfuerzos		Sí ☐	No ☐
Enfermedad Renal		Sí ☐	No ☐
Olvidos frecuentes que le llamen la atención		Sí ☐	No ☐
Problemas psicológicos o emocionales		Sí ☐	No ☐
Trastornos psiquiátricos		Sí ☐	No ☐
Cáncer		Sí ☐	No ☐ ¿Cuál?
Enfermedad del hígado		Sí ☐	No ☐
Accidente cerebro vascular o derrame cerebral		Sí ☐	No ☐
Problemas para dormir		Sí ☐	No ☐
¿Usted ronca? (más fuerte que hablar o se escucha en piezas vecinas)		Sí ☐	No ☐
¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme?		Sí ☐	No ☐
Enfermedades del corazón	Insuficiencia cardíaca	Sí ☐	No ☐
	Infartos	Sí ☐	No ☐
	Anginas de pecho	Sí ☐	No ☐
	Arritmias	Sí ☐	No ☐
¿Operado de algo?	Sí ☐	No ☐	¿De qué?
Otra enfermedad	Sí ☐	No ☐	¿Cuál?
¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año?	Sí ☐	No ☐	¿Por qué?
¿Ha tomado o usado algún medicamento en último mes?		Sí ☐	No ☐
Medicamento	Cantidad/día	¿Por qué?	

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?	Sí ☐	No ☐		
¿Tiene evaluaciones periódicas con medico?	Sí ☐	No ☐		
¿Conduce preferentemente en?	Ciudad ☐	Carretera ☐	Ambas ☐	
¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización?	Sí ☐	No ☐		
Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas?				

DOMICILIO:

.....

.....

CORREO ELECTRÓNICO (OBLIGATORIO) :

TELÉFONO (OBLIGATORIO) :

(Firma y RUN del Postulante)