

MUNICIPALIDAD DE LOS COCOS

EXAMEN PSICOFÍSICO de Licencias de Conducir

CODIGO MUNICIPAL: 053 CLASE DE LICENCIA "....."

FECHA/...../.....

DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

Cumpliendo con la Ley nº. 8560 y sus modificatorias y sus Decretos Reglamentarios, asumo total y exclusiva responsabilidad por los datos consignados y las consecuencias emergentes por omisiones y/o inexactitud de los mismos.

DATOS PERSONALES – Escriba con letra imprenta

Apellido												Nombres											
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Domicilio - Calle												Nro.			Piso.		Dpto.		Localidad											
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	-------	--	-------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo			Nº. Documento									Edad			Fecha de Nacimiento			Estado Civil								
------	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	---------------------	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo			Grupo Sanguíneo						Es donante de órganos?						Usa AUDIFONO?						Usa ANTEOJOS?					
------	--	--	-----------------	--	--	--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--

DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR – Marque con una cruz lo que corresponda.

Licencia de Aprendizaje			Renovación			Cambio de Categoría		
Primer Licencia			Revalidación			Cambio de Datos		

A – CAUSAS PARA DETERMINAR EL NO APTO

Declaración Jurada de Salud – Responda SI o NO, según corresponda.

a) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS TENSIONAL

1 - ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardiaca?			2 - ¿Ha recibido trasplante de corazón?		
3 - ¿Posee Prótesis valvulares cardiacas o marcapasos?			4 - ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?		
5 - ¿Padece Hipertensión arterial?			6 - ¿Padece de disnea?		

b) TRASTORNOS HEMATOLOGICOS

7 - ¿Padece hemofilia o trastornos de coagulación?			8 - ¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?		
9 - ¿Padece Anemia?			10 - ¿Ha recibido transfusión o plasma?		

c) SISTEMA RENAL

11 - ¿Padece de enfermedades renales?			12 - ¿Ha recibido trasplante renal?		
---------------------------------------	--	--	-------------------------------------	--	--

d) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS

13 - ¿Padece diabetes?			14 - ¿Padece alguna enfermedad de tiroides?		
15 - ¿Padece alguna enfermedad glandular?					

e) SISTEMA NERVIOSO MUSCULAR

16 - ¿Padece enfermedades encefálicas?			17 - ¿Padece de epilepsia?		
18 - ¿Padece de convulsiones?			19 - ¿Padece de alteraciones del equilibrio?		
20 - ¿Padece alguna afección neurológica?			21 - ¿Ha padecido perdida de conocimiento?		
22 - ¿Ha sufrido traumatismo de cráneo encefálico?					

f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA

23 - ¿Esta o estuvo en tratamiento Psíquico?			24 - ¿Le cuesta controlar sus impulsos?		
--	--	--	---	--	--

g) VISION Y AUDICION

25 - ¿Tiene recetados antejo para ver de lejos?			26 - ¿Tiene recetados lentes de contacto?		
27 - Le ha realizado alguna operación ocular?			28 - Padece disminución de la audición?		
28 - ¿Padece alguna patología auditiva?			30 - Usa audífono o implante coclear?		

ALERGIAS

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

CONTAGIO POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS

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

OTRAS ENFERMEDADES

33 - ¿Padece alguna enfermedad que NO se halla detallado? 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 medicación en las últimas 24 Hs? En caso afirmativo detallar.					

Firma y Aclaración del Declarante

D.N.I. Nº.

Firma y Aclaración del Representante o Tutor
(solo si el declarante es menor de edad)

D.N.I. Nº.

Firma y Sello del Médico

EXAMENES VARIOS

B – EXAMENES FISICOS Para ser completado por el Médico.

1- Miembros superiores

OBSERVACIONES:

2- Miembros inferiores

OBSERVACIONES:

3- Cuello

OBSERVACIONES:

4 - Talla

OBSERVACIONES:

C – EXAMENES SENSORIALES Para ser completado 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 Mesópica

--	--	--	--	--

5 – Encandilamiento y recuperacion del encandilamiento

--	--	--	--	--

6 – Visión de colores (Discromatopsia)

Discriminación de colores			Discriminación de colores básicos	
---------------------------	--	--	-----------------------------------	--

7 – Movimientos oculares, Balance muscular

Foria vertical			Foria horizontal	
----------------	--	--	------------------	--

 Firma y sello del Profesional

8 - Audiometria	500	1000	2000	3000	4000	8000
Audición Normal		Hipoacusia Leve		Hipoacusia Moderada		Hipoacusia Severa

 Firma y sello del Profesional

C –EXAMENES PSICOLOGICOS DE PSICOMOTROCIDAD PARA TODAS LAS CLASES DE LICENCIAS:
(Para ser completado por el psicólogo)

TEST DE	RESULTADO
1. Velocidad de anticipación	
2. Coordinación visomotriz bimanual	
3. Tiempo de reacciones múltiples	

EXAMENES PSICOLOGICOS PARA LAS CLASES DE LICENCIAS PROFESIONALES:
(Para ser completado por el psicólogo)

TEST DE	RESULTADO
1. Toma de Decisiones	
2. Atención y Concentración	
3. Personalidad	

NOTA: cuando los profesionales intervinientes necesiten ampliar el contenido del presente formulario, lo harán agregando otros folios, los que deberán estar numerados y firmados. También cuando el psicólogo realice las evaluaciones de manera convencional, deberá agregar los folios con las tesis y sus resultados.

Firma y sello del Profesional

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFISICO

APTO				
APTO CON RESTRICCIONES	(1)		SI	NO
NO APTO TEMPORAL	(2)	DONANTE DE ORGANOS		
NO APTO		ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO		

OBSERVACIONES

(1)
(2)
(3)

NOTA: Cuando el profesional interviniente necesite ampliar el contenido del presente formulario, lo hará agregando otros folios, los que deberán estar numerados y firmados por el profesional.

Firma Declarante

D.N.I.: _____

Firma del Representante o Tutor
(Si el declarante es menor de edad)

D.N.I. _____

Firma y sello del Médico