

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 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 TOMA LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EFECTUAR UNA CONDUCCIÓN SEGURA. EL ESPÍRITU DE ESTAS MEDIDAS ES RESGUARDAR SU PROPIA SEGURIDAD Y SALUD.

DECLARACIÓN

YO, _____, C.I.N° _____, EDAD _____,
ESTATURA _____, PESO _____,

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 O ENFERMEDADES PSÍQUICAS, INTERVENCIONES O TRATAMIENTOS MÉDICOS, A LOS QUE HAYA SIDO SOMETIDO (A).**

FIRMA DEL POSTULANTE

LICENCIA	PROFESIONALES	NO PROFESIONALES	ESPECIALES	OBTENIDAS ANTES
LICENCIA CONDUCTOR QUE SE POSEE (MARCAR LAS QUE CORRESPONDAN).	A-1: _____ A-2: _____ A-3: _____	B: _____ C: _____	D: _____ E: _____ F: _____	DEL 08 DE MARZO DE 1997 : A-1 : _____ A-2 : _____
NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA.	A-4: _____ A-5: _____			

SITUACIÓN LABORAL

ACTIVO (A) DESEMPLEADO (A) JUBILADO (A)
ESTUDIANTE LABORES DE CASA PENSIONADO (A)

OFICIO / PROFESIÓN : _____

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

HA TENIDO O TIENE....?	SI	NO
VÁLVULA CARDÍACA	SI	NO
BY-PASS CORONARIO	SI	NO
IMPLANTES MARCAPASOS	SI	NO
CATARATAS	SI	NO ¿QUÉ OJO?
GLAUCOMA	SI	NO ¿QUÉ OJO?
ENFERMEDAD DE RETINA O MACULA	SI	NO ¿QUÉ OJO?
OPERACIONES DE LOS OJOS	SI	NO
¿USAR LENTES DE CERCA?	SI	NO
¿USAR 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 PÉRDIDAS 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 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 DE PECHO AL HACER ESFUERZOS	SI	NO

ENFERMEDAD RENAL	SI ___ NO ___
OLVIDOS FRECUENTES QUE LE LLAMEN LA ATENCIÓN	SI ___ NO ___
PROBLEMAS PARA DORMIR	SI ___ NO ___
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	SI ___ NO ___
CÁNCER	SI ___ NO ___ ¿CUÁL?
ENFERMEDAD DEL HIGADO	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 CARDÍACA	SI ___ NO ___
INFARTOS	SI ___ NO ___
ANGINAS DE PECHO	SI ___ NO ___
ARRITMIAS	SI ___ NO ___
¿ HA TOMADO O USADO ALGÚN MEDICAMENTO EN ÚLTIMO MES?	SI ___ 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?	SI ___ NO ___		
¿ TIENE EVALUACIONES PERIÓDICAS CON MÉDICO?	SI ___ NO ___		
¿ CONDUCE PREFERENTEMENTE EN?	CIUDAD _____	CARRETERAS _____,	AMBAS _____.
¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE DE TRÁNSITO GRAVE, QUE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN?	SI ___ NO ___		
SI HA TENIDO UN ACCIDENTE, ¿A QUÉ SE DEBIÓ?, ¿SECUELAS?			

FIRMA POSTULANTE: _____

C.I. POSTULANTE: _____