



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.

YO, _____, C.I.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).

DATOS PERSONALES:	CELULAR:	EDAD:	SEXO:
	CORREO ELECTRÓNICO:	PESO:	ESTATURA:

LICENCIA DE CONDUCIR QUE POSEE (MARCAR LA O LAS QUE CORRESPONDAN)			NO POSEO NINGUNA CLASE: ()
NO PROF.: B() C() CR()	PROF.: A1P() A2P() A3() A4() A5()	ESP.: D() E() F()	LEY 18.290: A1 ANTIGUA() A2 ANTIGUA()

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL (MARQUE LO QUE CORRESPONDA EN EL CASILLERO CON UNA X, UNA SOLA ALTERNATIVA)

¿HA TENIDO O TIENE?				¿HA TENIDO O TIENE?			
VALVULA CARDIACA	SI		NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	SI		NO
BYPASS CORONARIO	SI		NO	PALPITACIONES	SI		NO
IMPLANTE MARCAPASOS	SI		NO	DOLOR EN EL PECHO AL HACER ESFUERZOS	SI		NO
CATARATAS (OJO D_/OJO IZ_)	SI		NO	ENFERMEDAD RENAL	SI		NO
GLAUCOMA (OJO D_/OJO IZ_)	SI		NO	OLVIDOS FRECUENTES QUE LE LLAMEN LA ATENCIÓN	SI		NO
ENFERMEDAD DE LA RETINA O MÁCULA CATARATAS (OJO D_/OJO IZ_)	SI		NO	PROBLEMAS PARA DORMIR	SI		NO
OPERACIONES DE LOS OJOS	SI		NO	TRASTORNOS PSIQUIATRICOS	SI		NO
¿USA LENTES CERCA?	SI		NO	CÁNCER ¿CUÁL?:	SI		NO
¿USA LENTES LEJOS?	SI		NO	ENFERMEDAD DEL HIGADO	SI		NO
ENFERMEDADES U OPERACIONES DE LOS OIDOS	SI		NO	ACV (ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O DERRAME CEREBRAL)	SI		NO
MAREOS, VERTIGO O PROBLEMAS DE EQUILIBRIO	SI		NO	PROBLEMAS PARA DORMIR	SI		NO
¿USA AUDIFONOS PARA ESCUCHAR MEJOR?	SI		NO	¿USTED RONCA? (MÁS FUERTE QUE HABLAR) O SE ESCUCHA EN PIEZA VECINAS?	SI		NO
DESMAYO O PERDIDA DE CONCIENCIA	SI		NO	¿ALGUIEN HA VISTO QUE DEJE DE RESPIRAR CUANDO DUERME?	SI		NO
EPILEPSIA O CRISIS CONVULSIVA	SI		NO	ENF. DEL CORAZON INSUFICIENCIA CARDIACA	SI		NO
PERDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES	SI		NO	ENF. DEL CORAZON INFARTOS	SI		NO
ESCLEROSIS MULTIPLE	SI		NO	ENF. DEL CORAZON ANGINAS DE PECHO	SI		NO
ENFERMEDADES DE PARKINSON	SI		NO	ENF. DEL CORAZON ARRITMIAS	SI		NO
TEC (TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO)	SI		NO	EN CASO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 O 2			
PERDIDA,AUSENCIA O MALFORMACIÓN DE EXTREMIDAD O PARTE DE ELLA	SI		NO	¿SABE CUALES SON LOS PRIMEROS SINTOMAS DE HIPOGLICEMIA?	SI		NO
DIFICULTAD PARA HABLAR O ESCRIBIR	SI		NO	¿LLEVA UNA DIETA CON UNA PORCION ADECUADA DE HIDRATOS DE CARBONO?	SI		NO
HIPERTENSION ARTERIAL	SI		NO				
¿SE SIENTE A MENUDO CANSADO, FATIGADO O CON SUEÑO DURANTE EL DÍA?	SI		NO				

¿HA TOMADO O USADO ALGUN MEDICAMENTO EN EL ULTIMO MES?	SI		NO	
MEDICAMENTO:	CANTIDAD/DIA		¿POR QUE?	



CONSUMO DE ALCOHOL

EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO, ¿CON QUÉ FRECUENCIA NO HA PODIDO RECORDAR LO QUE SUCEDIÓ LA NOCHE ANTERIOR PORQUE HABÍA ESTADO BEBIENDO?	NUNCA	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMA 5 O MÁS TRAGOS EN UN SOLO DÍA?	NUNCA
	MENOS DE UNA VEZ AL MES		MENOS DE UNA VEZ AL MES
	MENSUALMENTE		MENSUALMENTE
	SEMANALMENTE		SEMANALMENTE
	A DIARIO O CASI A DIARIO		A DIARIO O CASI A DIARIO
EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA SIDO INCAPAZ DE PARAR DE BEBER UNA VEZ QUE HABÍA EMPEZADO?	NUNCA	¿USTED O ALGUNA OTRA PERSONA HA RESULTADO HERIDO PORQUE USTED HABÍA BEBIDO?	NO
	MENOS DE UNA VEZ AL MES		SÍ, PERO NO EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO
	MENSUALMENTE		SI, EN EL ULTIMO AÑO
	SEMANALMENTE		
	A DIARIO O CASI A DIARIO		
EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA NECESITADO BEBER EN AYUNAS PARA RECUPERARSE DESPUÉS DE HABER BEBIDO MUCHO EL DÍA ANTERIOR?	NUNCA	¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME UNA BEBIDA ALCOHÓLICA?	NUNCA
	MENOS DE UNA VEZ AL MES		UNA O MENOS VECES AL MES
	MENSUALMENTE		2 A 4 VECES AL MES
	SEMANALMENTE		2 O 3 VECES A LA SEMANA
	A DIARIO O CASI A DIARIO		4 O MÁS VECES A LA SEMANA
¿ALGÚN FAMILIAR, AMIGO, MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD HA MOSTRADO PREOCUPACIÓN POR SU CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O LE HAN SUGERIDO QUE DEJE DE BEBER?	NO	¿CUANTOS TRAGOS DE ALCOHOL SUELE TOMAR EN UN DÍA DE CONSUMO NORMAL?	1 o 2
	SÍ, PERO NO EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO		3 o 4
	SI, EN EL ULTIMO AÑO		5 o 6
	de 7 a 9		
	10 o más		
EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO, ¿CON QUÉ FRECUENCIA NO PUDO HACER LO QUE SE ESPERABA DE USTED PORQUE HABÍA BEBIDO?	NUNCA	EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA TENIDO REMORDIMIENTO O SENTIMIENTOS DE CULPA DE HABER BEBIDO?	NUNCA
	MENOS DE UNA VEZ AL MES		MENOS DE UNA VEZ AL MES
	MENSUALMENTE		MENSUALMENTE
	SEMANALMENTE		SEMANALMENTE
	A DIARIO O CASI		A DIARIO O CASI A DIARIO

HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (SÓLO EN CASO DE CONTROL/RENOVACIÓN)

¿CONDUCE USTED?	TODOS LOS DÍAS	ALGUNOS DÍAS A LA SEMANA	ALGUNOS DÍAS AL MES	ALGUNOS DÍAS AL AÑO			
¿UTILIZA EL VEHICULO PARA IR A TRABAJAR?				SI		NO	
¿LE HAN SUSPENDIDO ALGUNA VEZ SU LICENCIA?				SI		NO	
¿SE SOMETE A REVISIONES MEDICAS EN SU TRABAJO?				SI		NO	
¿CONDUCE PREFERENTEMENTE EN			CIUDAD	SI		NO	
			CARRETERA	SI		NO	
			AMBAS	SI		NO	
¿HA SUFRIDO ALGUN ACCIDENTE DE TRANSITO GRAVE?				SI		NO	
GRAVE, ¿QUE REQUIRIO HOSPITALIZACION?				SI		NO	
SI HA TENIDO ACCIDENTE, ¿A QUÉ SE DEBIÓ? ¿SECUELAS?							

FIRMA:
RUT:
OFICIO / PROFESIÓN:
FECHA DE POSTULACIÓN: