



COMISIÓN PROVINCIAL DE  
TRÁNSITO Y SEGURIDAD VIAL  
CÓRDOBA

Formulario F.II-2

MUNICIPALIDAD DE: **SACANTA** CÓDIGO COMUNAL: **016**

LEGAJO N°: \_\_\_\_\_ CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR: \_\_\_\_\_

FICHA N°: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

Cumpliendo con la Ley N° 8560 y su Decreto Reglamentario, 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.

Apellido										Nombre									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Tipo de documento					N° Documento					Expedido por									
-------------------	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento					Edad					Estado civil									
---------------------	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

M	F	A	B	AB	O	Positivo	Negativo	SI	NO
Sexo		Grupo Sanguíneo				Factor RH		¿Es donante de órganos?	

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

Aprendizaje		Cambio de Datos	
Revalidación		Cambio de fecha	
Renovación		Extravío o Deterioro	
Cambio de Categoría			

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

Declaración jurada de salud - Responda SÍ o NO, según corresponda.

#### a) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL.

1.-¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca?	2.-¿Ha recibido trasplante de corazón?
3.- ¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?	4.-¿Padece asma o Insuficiencia Respiratoria?
5.-¿Padece hipertensión arterial?	6.-¿Padece de disnea?

#### b) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS.

7.-¿Padece Hemofilia o trastornos de coagulación?	8.-¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?
9.-¿Padece de anemia?	10.-¿Ha recibido transfusión de 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 Y MUSCULAR.

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

#### f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA.

23.-¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?	24.-¿Le cuesta controlar sus impulsos?
-------------------------------------------------	----------------------------------------

#### g) VISIÓN Y AUDICIÓN.

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

#### OBSERVACIONES. Puntos 1 a 30

--

#### ALERGIAS.

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

OBSERVACIONES
---------------

#### CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS.

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

OBSERVACIONES
---------------

#### OTRAS ENFERMEDADES.

33.-¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo; detallar en observaciones.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------

OBSERVACIONES
---------------

#### MEDICACIÓN.

34.-¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo; observaciones.
35.-¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo; observaciones.
36.-¿Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 hs.? En caso afirmativo; observaciones.

OBSERVACIONES
---------------



## EXÁMENES VARIOS

### B.- EXÁMENES FÍSICOS – Para ser completado por el Médico.

1.- Miembros Superiores.

OBSERVACIONES.

2.- Miembros Inferiores.

OBSERVACIONES.

3.- Cuello.

OBSERVACIONES.

4.- Talla.

OBSERVACIONES.

### C.- EXÁMENES 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, Campimetría. Binocular.

Ojo derecho		Ojo izquierdo	
-------------	--	---------------	--

2.-Perimetría, Campimetría. Monocular.

Ojo derecho		Ojo izquierdo	
-------------	--	---------------	--

3.-Visión de Profundidad.

Señales		Optotipos	
---------	--	-----------	--

4.-Visión Mesópica.

5.-Encandilamiento y Recuperación al Encandilamiento

6.-Visión de colores (Discromatopsia).

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

7.-Movimientos oculares. Balance muscular.

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

8.- Audiometría 500 1000 2000 3000 4000 8000

Audición normal		Hipoacusia leve		Hipoacusia moderada		Hipoacusia severa	
-----------------	--	-----------------	--	---------------------	--	-------------------	--

### D.- EXÁMENES DE PSICOMOTRICIDAD - Para ser completado por el Médico.

TEST DE:

RESULTADO.

1.- Velocidad de anticipación.

2.- Coordinación Visomotriz. Bimanual.

3.- Tiempo de reacciones múltiples.

### E.- EXÁMENES PSICOLÓGICOS - Para ser completado por el Psicólogo.

TEST DE:

RESULTADO.

1.- Toma de decisiones.

2.- Personalidad.

## RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO

Coloque una **cruz** donde corresponda

APTO

APTO CON RESTRICCIONES

**NO APTO TEMPORAL**

NO APTO

(1)

(2)

En el caso de darse alguna de las opciones numeradas deberá detallarla en Observaciones.

**OBSERVACIONES:**

(1)

(2)

Firma y DNI del Declarante.

Firma y DNI del representante legal o tutor  
(Cuando el declarante sea menor de edad)

Firma y sello del médico.