**ANEXO 1:**

**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD**

**(auto reporte)**

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 |  |  | Profesionales: |  | No Profesionales: | |  | Especiales: | | |  | Obtenidas antes |  |
|  | Conductor que |  |  | A-1: \_\_\_ |  | B: \_\_\_\_ |  |  | D: \_\_\_ | | |  | del 08 marzo de |  |
|  |  |  | A-2: \_\_\_ |  | C: \_\_\_\_ |  |  | E: \_\_\_ | | |  | 1997: |  |
|  | se posee (Marcar |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | A-3: \_\_\_ |  |  |  |  | F: \_\_\_ | | |  | A-1: \_\_\_\_ |  |
|  | las que |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | A-4: \_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  | A-2: \_\_\_\_ |  |
|  | correspondan) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | A-5: \_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 □ |  |  |  |  | □ |  |  | Pensionado(a) □ | | |
|  |  |  |  |  | Labores de casa | | |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 Cardiaca | 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 equilíbrio | 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 | Sí | □ | No □ |
|  |  |  |
| de ella. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Dificultad para hablar o escribir | Sí | □ | No □ |
|  |  |  |  |
| Hipertensión arterial | Sí | □ | No □ |
|  |  |  |  |
| ¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante | Sí | □ | No □ |
|  |  |  |
| el día? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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 | | | | |  | Sí | □ |  | No □ |
| vecinas) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |  |
| ¿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 | Sí | | □ | No □ |  |  |  |  |  |
| médica más de un mes en | ¿Por qué? | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| el último año? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |  |
| ¿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 | | | |  | Sí □ | No □ |
| requirió hospitalización? | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | |  |  |
| Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas? | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**DECLARACIÓN JURADA**

Por la presente declaro bajo juramento que no soy consumidor de drogas,

Estupefacientes o sustancias sicotrópicas prohibidas que alteren o modifiquen la

plenitud de las capacidades físicas o síquicas, conforme a las disposiciones contenidas

en la Ley Nº 20.000 y sus reglamentos.

Realizo la presente declaración a objeto de dar cumplimiento a lo establecido en

la Ley de Tránsito Nº 18.290, en su Art. 13 Nº 4, para obtener la licencia de conducir.

Nombre completo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clase de Licencia : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma y RUN del Postulante)**