

## DECLARACION DE ESTADO DE SALUD

### (Auto reporte)

Se solicita que responda las siguientes preguntas referidas a su estado de salud. Sus respuestas serán tratadas de 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.

|  |  |
|--|--|
| <b>Declaración</b><br>Yo, _____ RUT N° _____, estoy en conocimiento de que mi estado de salud puede incidir, en favor o 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).<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%; text-align: center;">                 _____<br/>                 Firma postulante             </div> <div style="width: 40%; text-align: center;">                 Fecha: _____             </div> </div> |  |
|--|--|

### DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Nombre:   |   |   | Edad:   | Sexo:   |
|   |   |   | Peso:   | Estatura:   |
| Licencia<br>Conductor que<br>Posee (Marcar<br>las que corresponden)<br><br>NO POSEE<br>NINGUNA CLASE<br>DE LICENCIA | Profesionales:<br>A-1: _____<br>A-2: _____<br>A-3: _____<br>A-4: _____<br>A-5: _____<br>_____ | No Profesionales:<br>B: _____<br>C: _____ | Especiales:<br>D: _____<br>E: _____<br>F: _____ | Obtenidas antes<br>del 08 marzo de<br>1997:<br>A-1: _____<br>A-2: _____ |

|   |                                      |  |   |                    |
|---|--------------------------------------|--|---|--------------------|
| Estudios:<br>E. Básica Incompleta ____      E. Básica Completa: ____      E. Media: ____      E. Superior: ____ |                                      |  |   |                    |
| Situación<br>Laboral:   | Activo (a): ____<br>Estudiante: ____ | Desempleado (a): ____<br>Labores de casa: ____ | Jubilado (a): ____<br>Pensionado (a) ____ | Oficio/ profesión: |
| Jornada laboral:    Diurna: ____    Turno: ____    ¿Cuál? Fijo ____    Rotativo ____                            |                                      |  |   |                    |

**ANTECEDENTES Y SITUACION ACTUAL (Marque lo que corresponda, una sola alternativa):**

| <b>¿HA TENIDO O TIENE.....?</b>                                      |                        |           |    |
|--|------------------------|-----------|----|
| Válvula Cardíaca   | Si                     | No        |    |
| Bypass Coronario   | Si                     | No        |    |
| Implante Marcapasos  | Si                     | No        |    |
| Cataratas  | Si                     | No        |    |
| Enfermedad de la retina o mácula                                     | Si                     | No        |    |
| Operaciones de los ojos  | Si                     | No        |    |
| ¿Usa 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 pérdida 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 en el pecho al hacer esfuerzo                                  | Si                     | No        |    |
| Enfermedad renal   | Si                     | No        |    |
| Olvidos frecuentes que le llamen la atención                         | Si                     | No        |    |
| Problemas psicológicos o emocionales                                 | Si                     | No        |    |
| Trastornos psiquiátricos   | Si                     | No        |    |
| Cáncer   | Si                     | No        |    |
| Enfermedad del hígado  | 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 |
| ¿Operado de algo   | Si      No             | ¿De qué?  |    |
| Otra enfermedad  | Si      No             | ¿Cuál?    |    |
| ¿Has estado con licencia médica?                                     | Si      No             | ¿Por qué? |    |
| ¿Ha tomado o usado algún medicamento el 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?                          |                           |                 | Sí _____                        | No _____ |
| ¿Tiene evaluaciones periódicas con medico?                                   |                           |                 | Sí _____                        | No _____ |
| ¿Conduce preferentemente en?   | Ciudad _____              | Carretera _____ | Ambas _____                     |          |
| ¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización? |                           |                 | Sí _____                        | No _____ |
| Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas?                      |                           |                 |                                 |          |

\_\_\_\_\_  
(Firma y RUN del Postulante)