

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.

Declaración 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). <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%; text-align: center;"> _____ 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 Conductor que Posee (Marcar las que corresponden) NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA	Profesionales: A-1: _____ A-2: _____ A-3: _____ A-4: _____ A-5: _____ _____	No Profesionales: B: _____ C: _____	Especiales: D: _____ E: _____ F: _____	Obtenidas antes del 08 marzo de 1997: A-1: _____ A-2: _____

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

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

¿HA TENIDO O TIENE.....?			
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)