



DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD

(R.EXENTA N°1194 DEL M.M. DE TT. DE FECHA 16/06/2020)

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, _____, 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).

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.: A1() A2() A3() A4() A5() ESP.: D() E() D() F()	LEY 18.290 (OBT.ANTES 08/03/1997): A1() A2()

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		DIABETES	SI	NO	
BYPASS CORONARIO	SI	NO		DIFICULTAD PARA RESPIRAR	SI	NO	
IMPLANTE MARCAPASOS	SI	NO		PALPITACIONES	SI	NO	
CATARATAS (OJO D___/OJO IZ___)	SI	NO		DOLOR EN EL PECHO AL HACER ESFUERZOS	SI	NO	
GLAUCOMA (OJO D___/OJO IZ___)	SI	NO		ENFERMEDAD RENAL	SI	NO	
ENFERMEDAD DE LA RETINA O MACULA	SI	NO		OLVIDOS FRECUENTES QUE LE LLAMEN LA ATENCIÓN	SI	NO	
CATARATAS (OJO D___/OJO IZ___)	SI	NO		PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O EMOCIONALES	SI	NO	
OPERACIONES DE LOS OJOS	SI	NO		TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS	SI	NO	
¿USA LENTES CERCA?	SI	NO		CÁNCER ¿CUÁL?: _____	SI	NO	
¿USA LENTES LEJOS?	SI	NO		ACV (ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O DERRAME CEREBRAL)	SI	NO	
ENFERMEDADES U OPERACIONES DE LOS OÍDOS	SI	NO		PROBLEMAS PARA DORMIR	SI	NO	
MAREOS, VÉRTIGO O PROBLEMAS DE EQUILIBRIO	SI	NO		¿USTED RONCA? (MÁS FUERTE QUE HABLAR) O SE ESCUCHA EN PIEZA VECINAS?	SI	NO	
¿USA AUDÍFONOS PARA ESCUCHAR MEJOR?	SI	NO		¿ALGUIEN HA VISTO QUE DEJE DE RESPIRAR CUANDO DUERME?	SI	NO	
DESMAYO O PÉRDIDA DE CONCIENCIA	SI	NO		ENF. DEL CORAZÓN INSUFICIENCIA CARDIACA	SI	NO	
EPILEPSIA O CRISIS CONVULSIVA	SI	NO		ENF. DEL CORAZÓN INFARTOS	SI	NO	
PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES	SI	NO		ENF. DEL CORAZÓN ANGINAS DE PECHO	SI	NO	
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	SI	NO		¿OPERADO DE ALGO?	SI	NO	
ENFERMEDADES DE PARKINSON	SI	NO		SI ¿DE QUÉ?: _____			
TEC (TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO)	SI	NO		OTRA ENFERMEDAD¿CUÁL?: _____	SI	NO	
PÉRDIDA, AUSCENCIA O MALFORMACIÓN DE EXTREMIDAD O PARTE DE ELLA				¿HA ESTADO CON LICENCIA MÉDICA MAS DE UN MES EN EL ÚLTIMO AÑO?	SI	NO	
DIFICULTAD PARA HABLAR O ESCRIBIR	SI	NO		¿POR QUÉ?	SI	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	NO					
¿SE SIENTE A MENUDO CANSADO, FATIGADO O CON SUEÑO DURANTE EL DÍA?	SI	NO					

¿A TOMADO O USADO ALGÚN MEDICAMENTO EN EL ÚLTIMO MES?	SI	NO	¿POR QUÉ?
MEDICAMENTO:		CANTIDAD/DÍA	

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

¿CONDUCE USTED? TODOS LOS DÍAS () ¿CONDUCE USTED? ALGUNOS DÍAS A LA SEMANA ()				
¿CONDUCE USTED? ALGUNOS DÍAS AL MES () ¿CONDUCE USTED? ALGUNOS DÍAS AL AÑO ()				
¿UTILIZA EL VEHÍCULO PARA IR A TRABAJAR?	SI	NO		
¿TIENE EVALUACIONES PERIÓDICAS CON MÉDICO?	SI	NO		
¿CONDUCE PREFERENTEMENTE EN	CIUDAD	SI	NO	FIRMA:
	CARRETERA	SI	NO	
	AMBAS	SI	NO	RUT:
¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE DE TRÁNSITO?	SI	NO		
GRAVE, ¿QUÉ REQUIRIÓ HOSPIATLIZACIÓN?	SI	NO		PROFESIÓN:
SI HA TENIDO ACCIDENTE, ¿A QUÉ SE DEBIÓ? ¿SECUELAS?				FECHA DE POSTULACIÓN: