

EXAMEN LICENCIA DE CONDUCIR

Apellido Nombre

Edad Fecha de Nacimiento Teléfono

E mail

Domicilio

Categ. de Licencia

Se deberá adjuntar fotocopia del DNI, 1º hoja y donde figura el domicilio actualizado en la localidad.
DECLARO BAJO JURAMENTO DE LEY, que todo cambio de domicilio que se produzca, le comunicaré a fin de que se efectúen las correcciones necesarias.

EXAMEN MÉDICO

Grupo Sanguíneo Factor RH Apto SI NO

Restricciones

Observaciones

Fecha Firma y Sello Médico Matrícula

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

DÉCIMAS	CON CORRECCIÓN	SIN CORRECCIÓN	Observaciones
OJO DERECHO	/10	/10	
OJO IZQUIERDO	/10	/10	

Fecha Firma y Sello Médico Matrícula

EXAMEN TEÓRICO

Evaluador

Observaciones

Aprobado SI NO Fecha Firma

EXAMEN PRÁCTICO

Evaluador

Observaciones

Aprobado SI NO Fecha Firma

EXAMEN LICENCIA DE CONDUCIR

EXAMEN CLÍNICO

Pulso P.A. Estatura

Signos objetivos de disnea:

Miembros Superiores:

Amputaciones o mal formaciones:

Fuerzas

Miembros Inferiores:

Amputaciones o mal formaciones:

Movilidad: Fuerzas:

Temblores:

Desviaciones de columna vertebral:

Labilidad emocional:

Agresividad:

Atención:

Observaciones:

Fecha: Firma y Sello Médico _____ Matrícula

EXAMEN OIDO

Sordera: Hipoacusia: NO SI LEVE GRAVE

Debe usar audífono: NO SI

APTO: NO SI

Fecha: Firma y Sello Médico _____ Matrícula

E) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR

¿Padece de enfermedades encefálicas?		¿Padece de epilepsia?	
¿Padece de convulsiones?		¿Padece alteraciones del equilibrio?	
¿Padece alguna enfermedad neurológica?		¿Ha padecido pérdida del conocimiento?	
¿Ha sufrido traumatismo craneo encefálico?			

F) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA

¿Esta o estuvo en tratamiento psiquiátrico?		¿Le cuesta controlar sus impulsos?	
---	--	------------------------------------	--

G) VISIÓN Y AUDICIÓN

¿Tiene recetados anteojos para ver de lejos?		¿Tiene recetados lentes de contacto?	
¿Le han realizado alguna operación ocular?		¿Padece disminución de la audición?	
¿Padece alguna patología auditiva?		¿Usa audífono o implante coclear?	

ALERGIAS

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

OBSERVACIONES

CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS

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

OBSERVACIONES

OTRAS ENFERMEDADES

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

OBSERVACIONES

G) VISIÓN Y AUDICIÓN

¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo, detallar en observaciones.

¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo, detallar en observaciones.

¿Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 hs? En caso afirmativo, detallar en observaciones.

OBSERVACIONES

FIRMA Y DNI DEL DECLARANTE

FIRMA Y DNI DEL REPRESENTANTE LEGAL
(CUANDO EL DECLARANTE SEA MENOR DE EDAD)

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO