

**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 audifono: NO  SI

APTO: NO  SI

Fecha:  Firma y Sello Médico  Matrícula

**COMISIÓN PROVINCIAL DE TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL CORDOBA - COD. COMUNAL 048**

**DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD**

Cumpliendo con la Ley N° 8560 y su Decreto Reglamentario, asumo total y exclusiva responsabilidad por los datos consignados y las consecuencias emergentes por omisiones y/o inexactitudes de los mismos.

**DATOS PERSONALES - Escriba con la letra Imprenta.**

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
		Localidad	<input type="text"/>
Tipo	<input type="text"/>	N° Documento	<input type="text"/>
		Fecha Nacimiento	<input type="text"/>
		Edad	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>
		Grupo Sanguíneo	<input type="text"/>
		Factor RH	<input type="text"/>
		Donante	<input type="text"/>

**DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR**

Aprendizaje	<input type="text"/>	Cambio de Categoría	<input type="text"/>	Extravío o Deterioro	<input type="text"/>
Revalidación	<input type="text"/>	Cambio de Datos	<input type="text"/>		
Renovación	<input type="text"/>	Cambio de Fecha	<input type="text"/>		

**CAUSAS PARA DETERMINAR EL NO APTO**

**Declaración Jurada de Salud**

**A) ASPECTOS CARDÍACOS, ESPIRATORIOS Y TENSIONAL**

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca?	<input type="text"/>	¿Ha recibido trasplante de corazón?	<input type="text"/>
¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?	<input type="text"/>	¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?	<input type="text"/>
¿Padece hipertensión arterial?	<input type="text"/>	¿Padece de disnea?	<input type="text"/>

**B) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS**

¿Padece hemofilia o trastornos de coagulación?	<input type="text"/>	¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?	<input type="text"/>
¿Padece anemia?	<input type="text"/>	¿Ha recibido transfusión de plasma?	<input type="text"/>

**C) SISTEMA RENAL**

¿Padece enfermedades renales?	<input type="text"/>	¿Ha recibió trasplante renal?	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

**D) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS**

¿Padece diabetes?	<input type="text"/>	¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	<input type="text"/>
¿Padece alguna enfermedad glandular?	<input type="text"/>		<input type="text"/>

**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