



Municipalidad de RIO CUARTO

Código Comunal: 135

FICHA:

FECHA:

Trámite: - ANTECED./PSICOFÍSICO

D.N.I.: NOMBRE:

DIRECCIÓN:

Fecha de Nac.:/...../..... Edad: Estado Civil:

Primera Licencia [] Renovación [] Cambio de Categoría []
Licencia Aprendizaje [] Revalidación [] Cambio de Datos []

DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

Cumpliendo con la Ley N° 8560 y sus modificatorias y sus Decretos Reglamentarios, asumo total y exclusiva responsabilidad por los datos consignados y las consecuencias emergentes por omisiones y/o inexactitud de los mismos.

Sexo	Grupo Sanguíneo	¿Es donante de órganos?	Usa AUDÍFONO	Usa ANTEOJOS
------	-----------------	-------------------------	--------------	--------------

A - CAUSAS PARA DETERMINAR EL NO APTO

Declaración jurada de salud - *Responda SI o NO, según corresponda*

a) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL

1 - ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca?	2 - ¿Ha recibido trasplante de corazón?
3 - ¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?	4 - ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?
5 - ¿Padece hipertensión arterial?	5 - ¿Padece de disnea?

b) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

7 - ¿Padece hemofilia o trastornos de coagulación?	8 - ¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?
9 - ¿Padece de anemia?	10 - ¿Ha recibido transfusión de plasma?

c) SISTEMA RENAL

11 - ¿Padece de enfermedades renales?	12 - ¿Ha recibido trasplante renal?
---------------------------------------	-------------------------------------

d) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS

13 - ¿Padece Diabetes?	14 - ¿Padece alguna enfermedad de tiroides?
15 - ¿Padece alguna enfermedad glandular?	

e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR

16 - ¿Padece enfermedades encefálicas?	17 - ¿Padece de epilepsia?
18 - ¿Padece de convulsiones?	19 - ¿Padece de alteraciones del equilibrio?
20 - ¿Padece alguna afección neurológica?	21 - ¿Ha padecido pérdida de conocimiento?
22 - ¿Ha sufrido traumatismo craneo encefálico?	

f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA

23 - ¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?	24 - ¿Le cuesta controlar sus impulsos?
--	---

g) VISIÓN Y AUDICIÓN

25 - ¿Tiene recetados anteojos para ver de lejos?	26 - ¿Tiene recetados lentes de contacto?
27 - ¿Le han realizado alguna operación ocular?	28 - ¿Padece disminución de la audición?
29 - ¿Padece alguna patología auditiva?	30 - ¿Usa audífono o implante coclear?

ALERGIAS

31 - ¿Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo detallar
--

CONTAGIO POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS

32 - ¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo detallar
--

OTRAS ENFERMEDADES

33 - ¿Padece alguna enfermedad que NO se halla detallado? En caso afirmativo detallar

MEDICACIÓN

34 - ¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo detallar
35 - ¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo detallar
36 - ¿Ha tomado medicamentos las últimas semanas? En caso afirmativo detallar

