



CODIGO COMUNAL:

LICENCIA " ..... "

FICHA:

FECHA .... / .... / ....

## DECLARACION 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.

### DATOS PERSONALES - Escriba con letra imprenta

Apellido												Nombres																				
Domicilio - Calle												Nro.			Piso			Dpto.			Localidad											
Tipo			N° Documento									Fecha de Nacimiento			Edad			Estado Civil														
Sexo			Grupo Sanguineo						Es donante de organos?						Usa AUDIFONO			Usa ANTEOJOS														

### DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR - Marque con una cruz lo que corresponda.

Licencia Aprendizaje		Renovación		Cambio de Categoría	
Primer Licencia		Revalidación		Cambio de datos	

### 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 hipertension arterial?		5- ¿Padece de disnea?	
b) TRASTORNOS HEMATOLOGICOS			
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 METABOLICAS Y ENDOCRINAS			
13- ¿Padece Diabetes?		14- ¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	
9- ¿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 perdida 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) VISION Y AUDICION			
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- ¿Mntuvo 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 24 Hs.? En caso afirmativo detallar			

Firma y DNI del declarante

Firma y DNI del Representante o Tutor  
(Si el declarante es menor de edad)

Firma y sello del Médico

