



PROVINCIA DE CÓRDOBA

MUNICIPALIDAD DE ALCIRA

CÓDIGO COMUNAL:

LEGAJO N°:

CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:

FICHA N°:

FECHA:

DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

Asumo la total y exclusiva responsabilidad por los datos consignados y las consecuencias emergentes por omisiones y/o inexactitudes de los mismos.

DATOS PERSONALES – Escriba con letra imprenta.

Apellido										Nombre															
Domicilio										Nro.		Piso		Dpto		Localidad									
Tipo		N° Documento								Expedido por															
Fecha de nacimiento				Edad		Estado civil																			
Sexo		Grupo Sanguíneo				Factor RH				Es donante de órganos?															

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

Aprendizaje		Cambio de Datos	
Revalidación		Cambio de fecha	
Renovación		Extravío o Deterioro	
Cambio de Categoría			

A.- DECLARACIÓN JURADA

Declaración jurada de salud -Responda SÍ 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?		6.-¿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 de enfermedades encefálicas?		17.-¿Padece de epilepsia?	
18.-¿Padece de convulsiones?		19.-¿Padece 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 ver de para 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?	

OBSERVACIONES. Puntos 1 a 30

--

ALERGIAS.

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

CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS.

32.-¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo; detallar en observaciones	
OBSERVACIONES	

OTRAS ENFERMEDADES.

33.-¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo; detallar en observaciones.	
OBSERVACIONES	

MEDICACIÓN.

34.-¿ Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo; observaciones.	
35.-¿ Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo; observaciones.	
36.-¿ Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 hs? En caso afirmativo; observaciones.	
OBSERVACIONES	

Firma y N° de Documento del
Declarante.

Firma y N° de Documento del representante legal o tutor
(Cuando el Declarante sea menor de edad)

Firma y sello del médico.

Deberá ser remitido al RePAT.



PROVINCIA DE CÓRDOBA

EXÁMENES VARIOS

COMUNIDAD REGIONAL/ MUNICIPALIDAD/ COMUNA DE:

CÓDIGO COMUNAL:

LEGAJO N °:

CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:

FICHA N °:

FECHA:

B.- EXÁMENES FÍSICOS – Para ser completado por el Médico.**1.- Miembros Superiores.**

OBSERVACIONES.

2.- Miembros Inferiores.

OBSERVACIONES.

3.- Cuello.

OBSERVACIONES.

4.- Talla.

OBSERVACIONES.

C.- EXÁMENES SENSORIALES – Para ser completado por el Médico.**1.-Agudeza visual Binocular.**

Ojo derecho

Ojo izquierdo

Suma

1.-Agudeza visual Monocular.

Ojo derecho

Ojo izquierdo

2.-Perimetría, Campimetría. Binocular.

Ojo derecho

Ojo izquierdo

2.-Perimetría, Campimetría. Monocular.

Ojo derecho

Ojo izquierdo

3.-Visión de Profundidad.			
Señales			Optotipos

4.-Visión Mesópica.			

5.-Encandilamiento y Recuperación al Encandilamiento			

6.-Visión de colores (Discromatopsia).			
Discriminación de colores			Discriminación colores básicos

7.-Movimientos oculares. Balance muscular.			
Foria vertical			Foria horizontal

8.- Audiometría	500	1000	2000	3000	4000	8000
Audición normal		Hipoacusia leve		Hipoacusia moderada		Hipoacusia severa

D.- EXÁMENES PSICOLÓGICOS DE PSICOMOTRICIDAD TODAS LAS CLASES DE LICENCIAS - Para ser completado por el Psicólogo.

TEST DE:	RESULTADO.
1.- Velocidad de anticipación.	
2.- Coordinación Visomotriz. Bimanual.	
3.- Tiempo de reacciones múltiples.	

E.- EXÁMENES PSICOLÓGICOS PARA CLASES DE LICENCIAS PROFESIONALES - Para ser completado por el Psicólogo.

TEST DE:	RESULTADO.
1.- Toma de decisiones.	
2.- Atención y Concentración	
2.- Personalidad.	

NOTA: Cuando los profesionales intervinientes necesiten ampliar el contenido del presente formulario, lo harán agregando otros folios, los que deberán estar numerados y firmados por el profesional. También, cuando el psicólogo realice las evaluaciones de manera convencional, deberá agregar los folios con los tests y sus resultados.

.....
Firma y N° de Documento del Solicitante.

.....
Firma y sello del Médico.

.....
Firma y sello del Psicólogo.

.....
Firma y N° de Documento del representante legal o tutor (Cuando el Solicitante sea menor de edad)

Deberá ser remitido al RePAT.



PROVINCIA DE CÓRDOBA

COMUNIDAD REGIONAL/ MUNICIPALIDAD/ COMUNA DE:

CENTRO DE RECONOCIMIENTO:

Nombre y Apellido del examinado:

.....

FECHA:

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO.

Coloque una **cruz** donde corresponda.

APTO	<input type="checkbox"/>	
APTO CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>	(1)
NO APTO TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	(2)
NO APTO	<input type="checkbox"/>	

Coloque una **cruz** donde corresponda.

	SI	NO	
ES DONANTE DE ÓRGANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3)

En el caso de darse alguna de las opciones numeradas deberá detallarla en Observaciones.

OBSERVACIONES:

(1)

(2)

(3)

.....
Firma y sello del médico.

.....
Firma y sello del médico.

Original para el examinado.
Copia deberá ser remitida al RePAT.