

ANEXO 1:

**DECLARACION DE ESTADO DE SALUD
(autoreporte)**

Se solicita que responda las siguientes preguntas referidas a su estado de salud. Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial, de manera que pueda contestar con sinceridad.

Si usted presenta problemas de salud, ello no es causa para impedir la obtención o renovación de su licencia de conducir, mientras tome los cuidados necesarios para efectuar una conducción segura.

El espíritu de estas medidas es resguardar su propia seguridad y salud, como las de todas las personas que comparten el espacio público.

<p><u>Declaración:</u></p> <p>Yo, _____, RUN N° _____, estoy en conocimiento de que mi estado de salud puede incidir, en favor o en detrimento, de la seguridad vial, al momento de conducir un vehículo. Por ello declaro no faltar a la verdad ni ocultar información con respecto a la existencia, actual o pasada, de enfermedades físicas, enfermedades psíquicas, intervenciones o tratamientos médicos, a los que haya sido sometido(a).</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">_____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Firma postulante</p> <p>Fecha: _____</p>	
--	--

DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

Nombre:		Edad:		Sexo:	
		Peso:		Estatura:	
Licencia Conductor que posee (Marcar las que correspondan). NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA: _____	Profesionales: A-1: _____ A-2: _____ A-3: _____ A-4: _____ A-5: _____	No profesionales: B: _____ C: _____	Especiales: D: _____ E: _____ F: _____	Obtenidas antes del 08.03.1997: A-1: _____ A-2: _____	
Estudios: E. Básica incompleta <input type="checkbox"/> E. Básica completa <input type="checkbox"/> E. Media <input type="checkbox"/> E. Superior <input type="checkbox"/>					
Situación Laboral:	Activo (a): <input type="checkbox"/> Desempleado (a): <input type="checkbox"/> Jubilado (a): <input type="checkbox"/> Estudiante: <input type="checkbox"/> Labores de casa: <input type="checkbox"/> Pensionado (a): <input type="checkbox"/>				
Oficio/Profesión:					
Jornada Laboral: Diurna: <input type="checkbox"/> Turno: <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo: <input type="checkbox"/> Rotativo: <input type="checkbox"/>					

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL (Marque lo que corresponda, una sola alternativa):

¿HA TENIDO O TIENE...?	
Válvula Cardíaca	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
By-pass Coronario	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Implante Marcapasos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cataratas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo?
Glaucoma	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo?
Enfermedad de la retina o mácula	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo?
Operaciones de los ojos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Usa lentes de cerca?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Usa lentes de lejos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades u operaciones de los oídos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mareos, vértigo o problemas de equilibrio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Usa audífonos para escuchar mejor?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Desmayo o pérdida de conciencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia o crisis convulsivas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Pérdida de fuerza en extremidades	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Esclerosis Múltiple	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Enfermedad de Parkinson	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TEC (traumatismo encéfalo craneano)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte de ella.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dificultad para hablar o escribir	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante el día?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabetes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Palpitaciones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho al hacer esfuerzos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Olvidos frecuentes que le llamen la atención	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Problemas psicológicos o emocionales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Trastornos psiquiátricos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Cáncer	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Enfermedad del hígado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Accidente cerebro vascular o derrame cerebral	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Problemas para dormir	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
¿Usted ronca? (más fuerte que hablar o se escucha en piezas vecinas)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Enfermedades del corazón	Insuficiencia cardiaca		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Infartos		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Anginas de pecho		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Arritmias		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Operado de algo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿De qué?	
Otra enfermedad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Por qué?	
¿Ha tomado o usado algún medicamento en último mes?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Medicamento	Cantidad/día	¿Por qué?		

HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (sólo en caso de control):

¿Conduce usted?	Todos los días <input type="checkbox"/>	Algunos días a la semana <input type="checkbox"/>	
	Algunos días al mes <input type="checkbox"/>	Algunos días al año <input type="checkbox"/>	
¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o trabajar?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene evaluaciones periódicas con médico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Conduce preferentemente en?	Ciudad <input type="checkbox"/>	Carretera <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas?			

(Firma y RUN del postulante)