ANEXO 1:

**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD**

(**autoreporte**)

Se solicita que responda las siguientes preguntas referidas a su estado de salud. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial, de manera que puede 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.

Declaración

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 a, actual o pasada, de enfermedades físicas, enfermedades psíquicas, intervenciones o tratamientos médicos, a los que haya sido sometido(a),

***Firma postulante***

Fecha:

DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Edad: | Sexo: |
| Peso: | Estatura: |
| Licencia | Profesionales | No Profesionales | Especiales | Obtenidas antes |
| Conductor que | A-1: \_\_\_\_ | B: \_\_\_\_ | D: \_\_\_\_ | del 08 marzo de |
| se posee (Marcarlas quecorrespondan) | A-2: \_\_\_\_A-3: \_\_\_\_A-4: \_\_\_\_A-5: \_\_\_\_ | C: \_\_\_\_ | E: \_\_\_\_F: \_\_\_\_ | 1997A-1: \_\_\_\_A-2:\_\_\_\_ |
| NO POSEE NINGUNA |  |  |  |  |
| CLASE DE LICENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
|  |
| Estudios: E. Básica | incompleta | E. Básica completa  | E. Media E. Superior  |
| Situación laboral: |  | Activo(a)Estudiante  | Desempleado(a) Labores de casa  | Jubilado(a) Pensionado(a)  |
| Oficio/profesión: |
| Jornada laboral: Diurna Turno ¿Cuál? Fijo Rotativo  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Válvula Cardiaca | Sí No  |  |
| By-pass Coronario | Sí No |
| Implante Marcapasos | Sí No  |
| Cataratas | Sí No ¿Qué ojo? |
| Glaucoma | Sí No ¿Qué ojo? |
| Enfermedad de la retina o mácula | Sí No ¿Qué ojo? |
| Operaciones de los ojos | Sí No  |
| ¿Usa lentes de cerca? | Sí No |
| ¿Usa lentes de Lejos? | Sí No  |
| Enfermedades u operaciones de los oídos | Sí No |
| Mareos, vértigo o problemas de equilibrio | Sí No  |
| ¿Usa audífonos para escuchar mejor? | Sí No |
| Desmayo o pérdida de conciencia | Sí No  |
| Epilepsia o crisis convulsivas | Sí No |
| Pérdida de fuerza en extremidades | Sí No  |
| Esclerosis Múltiple | Sí No |
| Enfermedad de Parkinson | Sí No  |
| TEC (traumatismo encéfalo craneano) | Sí No |
| Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte de ella. | Sí No  |
| Dificultad para hablar o escribir | Sí No |
| Hipertensión arterial | Sí No  |
| ¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante el día? | Sí No |
| Diabetes | Sí No  |
| Dificultad para respirar | Sí No |
| Palpitaciones | Sí No  |
| Dolor en el pecho al hacer esfuerzos | Sí No |
| Enfermedad Renal | Sí No  |
| Olvidos frecuentes que le llamen la atención | Sí No |
| Problemas Psicológicos o emocionales | Sí No  |
| Trastornos psiquiátricos | Sí No |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cáncer | Sí  | No  |
| Enfermedad del Hígado | Sí  | No  |
| Accidente cerebro vascular o derrame cerebral | Sí  | No  |
| Problemas para dormir | Sí  | No  |
| ¿Usted ronca? (más fuerte que hablar o se escucha en piezas vecinas) | Sí  | No  |
| ¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme? | Sí  | No  |
| Enfermedades del Corazón | Insuficiencia cardiaca | Sí  | No  |
| Infartos | Sí  | No  |
| Anginas de Pecho | Sí  | No  |
| Arritmias | Sí  | No  |
| ¿Operado de Algo? | Sí No | ¿De qué? |
| Otra enfermedad | Sí No | ¿Cuál? |
| ¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año? | Sí No | ¿Por qué? |
| ¿Ha tomado o usado algún medicamento el último mes? | Sí  | No  |
| Medicamento | Cantidad/días | ¿Por qué? |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |

|  |
| --- |
| HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (sólo en caso de control): |
| ¿Conduce Usted? | Todos los días |  | Algunos días de la semana |  |
| Algunos días al mes |  | Algunos días del año |  |
| ¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o trabajar? | Sí No |  |
| ¿Tiene evaluaciones periódicas con médico? | Sí No |  |
| Conduce preferentemente en  | Ciudad | Carretera  | Ambas |  |   |  |  |
| ¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización? | Sí No |
| Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió? ¿Secuelas?  |
|

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Run del Postulante