

DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

Cumpliendo con la Ley N° 8560 y su Decreto Reglamentario, asumo 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 de imprenta.

Apellido..... Nombres.....
 Domicilio..... N°..... Piso..... Dpto..... Localidad.....
 Tipo N° Documento Estado civil
 Fecha de nacimiento..... Edad..... Es donante de órganos SI NO

DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR

| | | |
|----------------------|---|--|
| Aprendizaje | A | |
| Nuevo | N | |
| Renovación | R | |
| Cambio de Categoría | G | |
| Cambio de Datos | C | |
| Cambio de Fecha | F | |
| Extravío o Deterioro | D | |

AUTORIZACION DEL PADRE, MADRE O TUTOR (menor de 21 años de edad)

Apellido:
 Nombre:
 D.N.I.N°:
 Domicilio:

.....
FIRMA

DECLARACION JURADA DE SALUD – Responda SI o NO, según corresponda.

| | | | |
|---|--|--|--|
| ¿Tiene recetados anteojos ? | | ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria? | |
| ¿Le han realizado alguna operación ocular? | | ¿Padece hemofilia o trastornos de coagulación? | |
| ¿Usa algún tipo de prótesis? Describa en observ. | | ¿Padece alguna enfermedad de tiroides? | |
| ¿Padece disminución de la audición? | | ¿Padece alguna enfermedad glandular? | |
| ¿Padece alguna patología auditiva? | | ¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico? | |
| ¿Padece hipertensión arterial? | | ¿Padece alguna afección neurológica? | |
| ¿Padece diabetes? | | ¿Ha padecido pérdida de conocimiento? | |
| ¿Usa audífono o implante coclear? | | ¿Ha sufrido traumatismo cráneo encefálico? | |
| ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardiaca? En caso afirmativo, describa en observaciones | | | |
| ¿Mantuvo contacto accidental/profesional con materiales peligrosos? En caso afirmativo; observaciones | | | |
| ¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo; observaciones | | | |
| ¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo; observaciones | | | |
| ¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo; observaciones | | | |
| ¿Ha tomado medicamentos durante la últimas 24 hs? En caso afirmativo; observaciones | | | |
| ¿Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo; observaciones | | | |

DIAGNOSTICO

**Apto para
Conducir**

SI - NO

FECHA FIRMA Y SELLO MEDICO

EXAMEN AUDIOMÉTRICO – Para ser completado por Fonoaudiólogo

| | | | | | | |
|--------------------|-----|-----|---------------------------|--|------|--|
| Audiometría | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | |
| DIAGNOSTICO | | | Apto para Conducir | FECHA FIRMA Y SELLO PROFESIONAL | | |
| | | | SI - NO | | | |

EXAMEN BIOQUIMICO – Para ser completado por el médico

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| SISTEMA ABO | SISTEMA RHEUSS | FECHA FIRMA Y SELLO MEDICO |
| | | |

EXAMEN OFTALMOLÓGICO – Para ser completado por Oculista

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--|
| Agudeza visual | Binocular | Ojo derecho | Ojo izquierdo |
| Discriminación de colores – Ishihara | | Fusión | |
| Discriminación colores básicos | | Fatiga | |
| Visión de profundidad – Señales | | Visión kinetica | |
| Visión de profundidad – Optotipos | | Visión de contraste | |
| Foria vertical | | Visión nocturna – mesopica | |
| Foria horizontal | | Recuperación al encandilamiento | |
| DIAGNOSTICO | | Apto para Conducir | FECHA FIRMA Y SELLO PROFESIONAL |
| | | SI - NO | |
| FIRMA DEL INTERESADO | Firma tutor (menor de 21 años) | Lugar y fecha | |
| | | | |

RESULTADO FINAL

NUEVA RENOVACIÓN APTO SI NO

CATEGORÍA: ----- VALIDEZ:

OBSERVACIONES:

FECHA: -----/-----/-----

FIRMA

| REQUISITOS | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del D.N.I. 1° Y 2° hoja | <input type="checkbox"/> Autorización del Padre, Madre o Tutor acreditado (si es menor de 21 años) |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia Grupo y Factor sanguíneo | <input type="checkbox"/> Examen de tránsito teórico |
| <input type="checkbox"/> Constancia de antecedentes | <input type="checkbox"/> Examen práctico auto (tarjeta verde, seguro R. C.) |
| <input type="checkbox"/> Certificado Médico Apto Psicofísico | <input type="checkbox"/> Examen práctico moto (casco, tarjeta verde, seguro R. C., espejos colocados, chapa dominio colocada) |
| <input type="checkbox"/> Imprimir Declaración Jurada Carnet Conducir | <input type="checkbox"/> Llenar Declaración Jurada Carnet de Conducir Manualmente |