


**PROVINCIA DE CÓRDOBA**
**COMUNIDAD REGIONAL/ MUNICIPALIDAD/ COMUNA DE:**
**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.

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Apellido	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nombre			
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Domicilio	<input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> Nro.	<input style="width: 10%; height: 20px;" type="text"/> Piso	<input style="width: 10%; height: 20px;" type="text"/> Dpto	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Localidad
<input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> Tipo	<input style="width: 30%; height: 20px;" type="text"/> N° Documento	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Expedido por		
<input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> Fecha de nacimiento	<input style="width: 10%; height: 20px;" type="text"/> Edad	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Estado civil		
<input style="width: 10%; height: 20px;" type="text"/> Sexo	<input style="width: 30%; height: 20px;" type="text"/> Grupo Sanguíneo	<input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> Factor RH	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Es donante de órganos?	

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

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="checkbox"/> Aprendizaje	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="checkbox"/> Cambio de Datos
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="checkbox"/> Revalidación	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="checkbox"/> Cambio de fecha
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="checkbox"/> Renovación	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="checkbox"/> Extravío o Deterioro
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="checkbox"/> Cambio de Categoría	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="checkbox"/>

### A.- DECLARACIÓN JURADA

**Declaración jurada de salud** -Responda **SÍ** o **NO**, según corresponda.

<b>a) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL.</b>			
1.-¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardiaca?	2.-¿Ha recibido transplante de corazón?	3.- ¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?	4.-¿Padece asma o Insuficiencia Respiratoria?
5.-¿Padece hipertensión arterial?	6.-¿Padece de disnea?		
<b>b) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS.</b>			
7.-¿Padece Hemofilia o trastornos de coagulación?	8.-¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?	9.-¿Padece de anemia?	10.-¿Ha recibido transfusión de plasma?
<b>c) SISTEMA RENAL.</b>			
11.-¿Padece de enfermedades renales?	12.-¿Ha recibido transplante renal?		

<b>d) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS.</b>			
13.-¿Padece diabetes?		14.-¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	
15.-¿Padece alguna enfermedad glandular?			

<b>e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR.</b>			
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?			

<b>f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA.</b>			
23.-¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?		24.-¿Le cuesta controlar sus impulsos?	

<b>g) VISIÓN Y AUDICIÓN.</b>			
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?	

<b>OBSERVACIONES. Puntos 1 a 30</b>			

<b>ALERGIAS.</b>			
31.-¿Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo, detallar en observaciones.			
OBSERVACIONES			

<b>CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS.</b>			
32.-¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo; detallar en observaciones			
OBSERVACIONES			

<b>OTRAS ENFERMEDADES.</b>			
33.-¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo; detallar en observaciones.			
OBSERVACIONES			

<b>MEDICACIÓN.</b>			
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

<b>3.-Visión de Profundidad.</b>					
Señales				Optotipos	
<b>4.-Visión Mesópica.</b>					
<b>5.-Encandilamiento y Recuperación al Encandilamiento</b>					
<b>6.-Visión de colores (Discromatopsia).</b>					
Discriminación de colores			Discriminación colores básicos		
<b>7.-Movimientos oculares. Balance muscular.</b>					
Foria vertical			Foria horizontal		
<b>8.- Audiometría</b>					
	500	1000	2000	3000	4000
Audición normal		Hipoacusia leve		Hipoacusia moderada	
					8000
					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

<b>COMUNIDAD REGIONAL/ MUNICIPALIDAD/ COMUNA DE:</b>
--

<b>CENTRO DE RECONOCIMIENTO:</b>
----------------------------------

<b>Nombre y Apellido del examinado:</b> .....
.....

<b>FECHA:</b>
---------------

**RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO.**Coloque una **crúz** donde corresponda.

APTO		
APTO CON RESTRICCIONES		(1)
NO APTO TEMPORAL		(2)
NO APTO		

Coloque una **crúz** donde corresponda.

	SI	NO
ES DONANTE DE ÓRGANOS		
ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO		

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.

PARA **LICENCIA DE CONDUCIR**

PRESENTAR:

**-FOTOCOPIA DEL DNI**

- LIBRE DE MULTAS LOCAL Y CAMINERA
- PLANILLA MÉDICA “VIGENTE” (VALIDA POR 90 DIAS)
- CARNET ANTERIOR (SI ES RENOVACION)

**LICENCIA DE CONDUCIR D1 Y D2**

PREVIO A LA EMISION Y/O RENOVACION DE ESA CATEGORIA DEBERAN TRAER:

**-CERTIFICADO DE REINCIDENCIA**

<b><u>MEDICOS AUTORIZADOS</u></b>
<b>BORONAT ROBERTO</b> Dirección: <b>Corrientes 1365</b>
<b>BONETTO MARCELO</b> Dirección: <b>Belgrano 1261</b>
<b>GALLARDO CLAUDIO</b> Dirección: <b>Italia (CEMEP)</b>
<b>JARQUE FABIAN</b> Dirección: <b>Hospital de Arias</b>
<b>SANGIORGI JOAQUIN</b> Dirección: <b>Santa Fé1058</b>
<b>SCHMIDT CARLOS</b> Dirección: <b>Hospital de Arias</b>
<b>YEZZE PABLO</b> Dirección: <b>Moreno 1284</b>