



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.

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 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) 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 transplante 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 cráneo 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"/>
NO APTO TEMPORAL	<input type="checkbox"/>
NO APTO	<input type="checkbox"/>

(1)

(2)

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.

PARA LICENCIA DE CONDUCIR
PRESENTAR:

-FOTOCOPIA DE DNI

-LIBRE DE MULTAS LOCAL Y CAMINERA

-PLANILLA MÉDICA **COMPLETA** VIGENTE (VALIDA POR 90 DIAS)

-CARNET ANTERIOR (SI ES RENOVACION)

MEDICOS AUTORIZADOS

- **BORONAT ROBERTO** DIRECCION: CORRIENTES 1365
- **BONETTO MARCELO** DIRECCION: BELGRANO 1261
- **GALLARDO CLAUDIO** DIRECCION: ITALIA (CEMEP)
- **GONZALEZ GASTON E.** DIRECCION: HOSPITAL DE ARIAS
- **JARQUE FABIAN** DIRECCION: HOSPITAL DE ARIAS
- **RODAS NORBERTO** DIRECCION: SANTA FE 1080
- **SANGIORGI JOAQUIN** DIRECCION: SANTA FE 1058
- **SCHMIDT CARLOS** DIRECCION: HOSPITAL DE ARIAS



- **DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL SOLICITANTE DE LA LICENCIA DE CONDUCIR:**
- CUIT/CUIL.....
- N° DE TEL CELULAR.....
- APELLIDO Y NOMBRE.....
- MAIL.....