



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 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) 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.- <i>¿Padece diabetes?</i>	14.- <i>¿Padece alguna enfermedad de tiroides?</i>
15.- <i>¿Padece alguna enfermedad glandular?</i>	

e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR.

16.- <i>¿Padece de enfermedades encefálicas?</i>	17.- <i>¿Padece de epilepsia?</i>
18.- <i>¿Padece de convulsiones?</i>	19.- <i>¿Padece alteraciones del equilibrio?</i>
20.- <i>¿Padece alguna afección neurológica?</i>	21.- <i>¿Ha padecido pérdida de conocimiento?</i>
22.- <i>¿Ha sufrido traumatismo craneoencefálico?</i>	

f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA.

23.- <i>¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?</i>	24.- <i>¿Le cuesta controlar sus impulsos?</i>
---	--

g) VISIÓN Y AUDICIÓN.

25.- <i>¿Tiene recetados anteojos ver de para lejos?</i>	26.- <i>¿Tiene recetados lentes de contacto?</i>
27.- <i>¿Le han realizado alguna operación ocular?</i>	28.- <i>¿Padece disminución de la audición?</i>
29.- <i>¿Padece alguna patología auditiva?</i>	30.- <i>¿Usa audífono o implante coclear?</i>

OBSERVACIONES. Puntos 1 a 30

--

ALERGIAS.

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

OBSERVACIONES

CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS.

32.- <i>¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos?</i> En caso afirmativo; detallar en observaciones

OBSERVACIONES

OTRAS ENFERMEDADES.

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

OBSERVACIONES

MEDICACIÓN.

34.- <i>¿Tiene recetada medicación permanente?</i> En caso afirmativo; observaciones.

35.- <i>¿Tiene recetada medicación transitoria?</i> En caso afirmativo; observaciones.
--

36.- <i>¿Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 hs?</i> 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.-Perimetria, Campimetria. Binocular.

Ojo derecho		Ojo izquierdo	
-------------	--	---------------	--

2.-Perimetria, Campimetria. 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

APTO CON RESTRICCIONES (1)

NO APTO TEMPORAL (2)

NO APTO

Coloque una **cruz** donde corresponda.

SI	NO
----	----

ES DONANTE DE ÓRGANOS

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO (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.....