



MUNICIPALIDAD DE: MONTE CRISTO

CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:

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	<input type="checkbox"/>	Cambio de Datos	<input type="checkbox"/>
Revalidación	<input type="checkbox"/>	Cambio de fecha	<input type="checkbox"/>
Renovación	<input type="checkbox"/>	Extravío o Deterioro	<input type="checkbox"/>
Cambio de Categoría	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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?	<input type="checkbox"/>	2.-¿Ha recibido transplante de corazón?	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?	<input type="checkbox"/>	4.-¿Padece asma o Insuficiencia Respiratoria?	<input type="checkbox"/>
5.-¿Padece hipertensión arterial?	<input type="checkbox"/>	6.-¿Padece de disnea?	<input type="checkbox"/>
b) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS.			
7.-¿Padece Hemofilia o trastornos de coagulación?	<input type="checkbox"/>	8.-¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?	<input type="checkbox"/>
9.-¿Padece de anemia?	<input type="checkbox"/>	10.-¿Ha recibido transfusión de plasma?	<input type="checkbox"/>
c) SISTEMA RENAL.			
11.-¿Padece de enfermedades renales?	<input type="checkbox"/>	12.-¿Ha recibido transplante renal?	<input type="checkbox"/>
d) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS.			
13.-¿Padece diabetes?	<input type="checkbox"/>	14.-¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	<input type="checkbox"/>

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 craneo 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.