



| | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| MUNICIPALIDAD DE GUATIMOZÍN | |
| CÓDIGO COMUNAL: | |
| LEGAJO N°: | CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR: |
| FICHA N°: | FECHA N°: |

DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

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 imprenta.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|---|--------------|--|------------------------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Apellido | | | | | | | | | | Nombre | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | | | | | Nro. | | | Piso | | Dpto. | | Localidad | | | | | | | | | |
| Tipo | | N° Documento | | | | | | | | | | (EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR AL) Teléfono de emergencia | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | | | | | | Edad | | | Estado civil | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo | | Grupo Sanguíneo | | | | | | | | | | Factor RH | | | Es donante de órganos? | | | | | | | | | | | |

DATOS DE 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 | | Primera Licencia de Conducir | |

- A. DECLARACIÓN JURADA

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| a) ASPECTOS CARDÍACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL. | | | |
| 1.-¿Padece p 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 HEMATOLOÓGICOS. | | | |
| 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 ENDÓCRINAS.

| | | | |
|--|--|--|--|
| 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 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 de ver 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 24hs.? En caso afirmativo; observaciones. | |
| OBSERVACIONES | |

Firma y DNI del Declarante.

Firma y DNI del representante legal o tutor
(Cuando el declarante sea menor de edad)

Firma y sello del Médico

Deberá ser remitido al RePAT.