



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

Nº 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	
Revalidación	
Renovación	
Cambio de Categoría	

Cambio de Datos	
Cambio de fecha	
Extravío o Deterioro	
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 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 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 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 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.

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