


**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?	

<b>d) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS.</b>			
13.-¿Padece diabetes?		14.-¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	
15.-¿Padece alguna enfermedad glandular?			

<b>e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR.</b>			
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?			

<b>f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA.</b>			
23.-¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?		24.-¿Le cuesta controlar sus impulsos?	

<b>g) VISIÓN Y AUDICIÓN.</b>			
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?	

<b>OBSERVACIONES. Puntos 1 a 30</b>			

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

<b>CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS.</b>			
32.-¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo; detallar en observaciones			
OBSERVACIONES			

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

<b>MEDICACIÓN.</b>			
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"/>	(1)
NO APTO TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	(2)
NO APTO	<input type="checkbox"/>	

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** DIR: CORRIENTES 1365
- **BONETTO MARCELO** DIR: BELGRANO 1261
- **GALLARDO CLAUDIO** DIR: ITALIA (CEMEP)
- **GONZALEZ GASTON** DIR: HOSPITAL DE ARIAS
- **JARQUE FABIAN** DIR: HOSPITAL DE ARIAS
- **RODAS NORBERTO** DIR: SANTA FE 1080
- **SANGIORGI JOAQUIN** DIR: SANTA FE 1058
- **SCHMIDT CARLOS** DIR: HOSPITAL DE ARIAS
- **YEZZE PABLO** DIR: MORENO 1284