

## **ANEXO 1:**

### **DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD (autoreporte)**

Se solicita que responda las siguientes preguntas referidas a su estado de salud. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial, de manera que puede contestar consinceridad.

Si usted presenta problemas de salud, ello no es causa para impedir la obtención o renovación de su licencia de conducir, mientras tome los cuidados necesarios para efectuar una conducción segura.

El espíritu de estas medidas es resguardar su propia seguridad y salud, como las de todas las personas que comparten el espacio público.

#### **Declaración**

Yo, \_\_\_\_\_, RUN N° \_\_\_\_\_, estoy en conocimiento de que mi estado de salud puede incidir, en favor o en detrimento, de la seguridad vial, al momento de conducir un vehículo. Por ello declaro no faltar a la verdad ni ocultar información con respecto a la existencia, actual o pasada, de enfermedades físicas, enfermedades psíquicas, intervenciones o tratamientos médicos, a los que haya sido sometido(a).

\_\_\_\_\_  
*Firma postulante*

Fecha:

#### **DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)**

Nombre:		Edad:	Sexo:	
		Peso:	Estatura:	
Licencia Conductor que se posee (Marcarlas que correspondan)  NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA:	Profesionales:A-1: _____ A-2: _____ A-3: _____ A-4: _____ A-5: _____	No Profesionales:B: _____ C: _____	Especiales:D: _____ E: _____ F: _____	Obtenidas antes del 08 marzo de 1997: A-1: _____ A-2: _____
Estudios: E. Básica incompleta <input type="checkbox"/> E. Básica completa <input type="checkbox"/> E. Media <input type="checkbox"/> E. Superior <input type="checkbox"/>				
Situación laboral:	Activo(a) <input type="checkbox"/>	Desempleado(a) <input type="checkbox"/>	Jubilado(a) <input type="checkbox"/>	
	Estudiante <input type="checkbox"/>	Labores de casa <input type="checkbox"/>	Pensionado(a) <input type="checkbox"/>	
Oficio/profesión:				
Jornada laboral: Diurna <input type="checkbox"/> Turno <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/>				

**ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL** (Marque lo que corresponda, una sola alternativa):

<b>¿HA TENIDO O TIENE...?</b>		
Válvula Cardíaca	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
By-pass Coronario	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Implante Marcapasos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cataratas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo?
Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo?
Enfermedad de la retina o mácula	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo?
Operaciones de los ojos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Usa lentes de cerca?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Usa lentes de lejos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades u operaciones de los oídos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mareos, vértigo o problemas de equilibrio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Usa audífonos para escuchar mejor?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desmayo o pérdida de conciencia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Epilepsia o crisis convulsivas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida de fuerza en extremidades	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Esclerosis Múltiple	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad de Parkinson	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
TEC (traumatismo encéfalo craneano)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte de ella.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dificultad para hablar o escribir	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante el día?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Palpitaciones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho al hacer esfuerzos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Olvidos frecuentes que le llamen la atención	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas psicológicos o emocionales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos psiquiátricos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



**HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (sólo en caso de control):**

¿Conduce usted?	Todos los días <input type="checkbox"/>	Algunos días de la semana <input type="checkbox"/>	
	Algunos días al mes <input type="checkbox"/>	Algunos días al año <input type="checkbox"/>	
¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o trabajar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene evaluaciones periódicas con medico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Conduce preferentemente en?	Ciudad <input type="checkbox"/>	Carretera <input type="checkbox"/>	Ambas <input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas?			

---

(Firma y RUN del Postulante)