MUNICIPALIDAD DE RAPA NUI
HAKA ARA

DIRECCIÓN DE TRÁNSITO

**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 con sinceridad.
- 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*

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

| Nombre: | Edad: | Sexo: |
|---|---|---|
| | Peso: | Estatura: |

| Licencia Conductor que se posee (Marcar las que correspondan)<br><br>NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA: ___ | Profesionales:<br>A-1: ___<br>A-2: ___<br>A-3: ___<br>A-4: ___<br>A-5: ___ | No Profesionales:<br>B: ____<br>C: ____ | Especiales:<br>D: ___<br>E: ___<br>F: ___ | Obtenidas antes del 08 marzo de 1997:<br>A-1: ____<br>A-2: ____ |
|---|---|---|---|---|

Estudios: E. Básica incompleta ☐ E. Básica completa ☐ E. Media ☐ E. Superior ☐

| Situación laboral: | Activo(a) ☐ | Desempleado(a) ☐ | Jubilado(a) ☐ |
|---|---|---|---|
| | Estudiante ☐ | Labores de casa ☐ | Pensionado(a) ☐ |

Oficio/profesión :

Jornada laboral: Diurna ☐ Turno ☐ ¿Cuál? Fijo ☐ Rotativo ☐

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

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

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

| **¿HA TENIDO O TIENE…?** | **SI** | **NO** | | **SI** | **NO** |
|---|---|---|---|---|---|
| Válvula Cardiaca | | | Palpitaciones | | |
| By-pass Coronario | | | Dolor en el pecho al hacer esfuerzos | | |
| Implante Marcapasos | | | Enfermedad Renal | | |
| Cataratas | | | Olvidos frecuentes que le llamen la atención | | |
| Glaucoma | | | Problemas psicológicos o emocionales | | |
| Enfermedad de la retina o mácula | | | Trastornos psiquiátricos | | |
| Operaciones de los ojos | | | Cáncer | | |
| ¿Usa lentes de cerca? | | | Enfermedad del hígado | | |
| ¿Usa lentes de lejos? | | | Accidente cerebro vascular o derrame cerebral | | |
| Enfermedades u operaciones de los oídos | | | Problemas para dormir | | |
| Mareos, vértigo o problemas de equilíbrio | | | ¿Usted ronca? (más fuerte que hablar o se escucha en piezas vecinas) | | |
| ¿Usa audífonos para escuchar mejor? | | | ¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme? | | |
| Desmayo o pérdida de conciencia | | | Enfermedades del corazón: | | |
| Epilepsia o crisis convulsivas | | | Infartos | | |
| Pérdida de fuerza en extremidades | | | Anginas de pecho | | |
| Esclerosis Múltiple | | | Arritmias | | |
| Enfermedad de Parkinson | | | Insuficiencia cardíaca | | |
| TEC (traumatismo encéfalo craneano) | | | ¿Operado de algo? | | |
| Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte de ella. | | | ¿De qué?: | | |
| Dificultad para hablar o escribir | | | Otra enfermedad | | |
| Hipertensión arterial | | | ¿Cuál?: | | |
| ¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante el día? | | | ¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año? | | |
| Diabetes | | | ¿Por qué? | | |
| Dificultad para respirar | | | ¿Ha tomado o usado algún medicamento en último mes? | | |

| Medicamento | Cantidad/día | ¿Por qué? |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|---|---|
| **FIRMA** | |
| **RUT:** | |
| **FECHA:** | |