**EXAMEN PSICO FISICO PARA LICENCIA HABILITANTE CONDUCTOR PROFESIONAL**

 **FICHA INDIVIDUAL**

 ***APELLIDO Y NOMBRE:…………………………………………………………………………***

 ***TIPO DE DOC.:…………..NRO. DOCUMENTO:………………………….(debe presentarlo)***

 ***DOMICILIO;………………………………………………………………………………..….…***

 ***NIVEL DE ESTUDIOS:……………………………………………………………………...…..***

 ***OCUPACION:………………………………………………………………………………..……***

 ***GRUPO SANGUINEO:……………FACTOR:……………………………………………..……***

 ***MOTIVO DE LA SOLICITUD:……………………………………………………………..…....***

**DECLARACION JURADA**

 **ANTECEDENTES PERSONALES: (debe completar el solicitante)**

 **-Usa anteojos aéreos?..................................................SI……….….NO…………….………..**

 **-Usa lentes de Contactos?............................................SI……….….NO…………….………..**

 **-Alteración en la visión cromática:………………...…SI……….….NO……………...…........**

 **-Sordera:…………………………………………….…..SI……….….NO……….….….…........**

 **-Disminución en la audición:………………….………..SI………….NO………..….….……....**

 **-Usa audífonos?............................................................SI…………..NO………….….…...…..**

 **-Vértigos:……………………………………………......SI………..…NO………….…….….….**

 **-Alteraciones del equilibrio:……………………………SI………..…NO…………….….….…**

 **-Desmayos……………………………………………….SI…………..NO………..………….….**

 **-Convulsiones:…..SI…………….NO………………….-Epilepsia:....SI…………....NO……...**

 **-Presión Baja:…...SI…………….NO………….………-Presión Alta: SI………….NO…...…**

 **-Tristeza Extrema:…………………………………...…SI………….NO…………………..…..**

 **-Problemas para dormir:……………………………….SI………….NO…………………...….**

 **-Toma medicamentos?................SI………….NO Cuales?......................................................**

 **Diabetes**

 **-Es diabético/a?.............................................................SI………….NO….…………………...**

 **Enfermedades de Riñón**

 **-Tiene alguna enfermedad en los riñones?:………...SI………….NO….…………..……….....**

 **-Toma o tomó bebidas alcohólicas, especifique cantidad diaria………………………......…..**

 **………………………………………………………………………………………………….......**

 **Enfermedades del Corazón**

 **-Infartos………..SI…………NO……….....Tiene marcapaso:………..SI……….NO…..…..…**

 **-Palpitaciones:…SI…………NO………….Arritmias Cardíacas:……SI……….NO…………**

 **-Dolor de Pecho:.SI…………NO………….Operaciones:…………….SI………..NO…....…...**

 **-Cuales:……………………………………………………………………………………………..**

 **-Amputaciones:..SI…………NO…………..Cuales?.................................................................**

 **-Quedó con algunas secuelas de las operaciones?......SI…………NO………………………....**

 **-Malformaciones Congénitas:………………………..SI…………NO……………………….....**

 **-Desea aclarar algo o agregar algo sobre los ítems?...............................................................**

 **……………………………………………………………………………………………………....**

 **Yo……………………………………………………., con documento de identidad tipo..…….**

 **Nº…………………… ... Que firmo al pie, declaro bajo juramento haber leído y contestado**

 **A las preguntas arriba formuladas, a mi mejor saber y entender y que no he ocultado**

 **Ningún dato que sería necesario que se conociese.**

 **Autorizo a todos los médico, que me han examinado y que me examinarán, a dar todos los**

 **Informes que la autoridad competente me solicite; especialmente los relacionados**

 **Con las enfermedades que me han comprobado.**

 **Lugar y Fecha……………………………………………………………………………………**

 **…..……………………………………..**

 **Firma del Examinado**

 **MUNICIPALIDAD………………………………………………………..……**

 **SOLICITUD DE LICENCIA HABILITANTE DE CONDUCTOR PROFESIONAL**

**EXAMEN MEDICO**

 **DNI/CI/LC/LE:……………………………………………………………………………………**

 **APELLIDO Y NOMBRE:………………………………………………………………………...**

 **FECHA DE NAC.:…………………………………..….EDAD...………………………..………**

 **GRUPO SANGUINIO:……….…….RH:………………SEXO:…….. F…………..M…………**

 **NACIONALIDAD:………………………………………………………………………………..**

 **DOMICILIO CALLE: ……………………….Nº………PISO……….DPTO…..TE…………..**

 **BARRIO:……………………………….……..LOCALIDAD:…………………………………..**

 **EXAMEN VISUAL:**

 **Usa anteojo: SI……..NO……… Lentes de Contacto: SI……..NO…….**

 **……………………………………………………………………………………………………..**

 **……………………………………………………………………………………………………..**

 **AUDICION: ¿USA AUDIFONOS? SI……….NO…….**

 **……………………………………………………………………………………………………..**

 **……………………………………………………………………………………………………..**

 **SISTEMA NERVIOSO**

 **……………………………………………………………………………………………………..**

 **DISCAPACIDAD TIPO ¿USA PROTESIS? SI…………NO……...**

 **……………………………………………………………………………………………………..**

 **SEVERIDAD**

 **………………………………………………………………………………………………………**

 **SISTEMA CARDIOVASCULAR**

 **……………………………………………………………………………………………………..**

 **RESULTADO DEL EXAMEN MEDICO**

 **APTO: …………………………………………. NO APTO:…………………………………….**

 **OBSERAVCIONES:**

 **………………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………………**

**.**

 **Lugar y Fecha:…………………………………………………………………………………......**

 **……………………………………………**

 **Firma y Sello del Médico Habilitado**

**EXAMEN MEDICO LICENCIA HABILITANTE DE CONDUCTOR PROFESIONAL**

 -Aspecto General: (al momento del examen clínico)

 ………………………………………………………………………………………………….

 -Aspecto Respiratorio

 Percusión……………………………………………………………………..............

 Expansión de Bases ………………………………………………………………….

 Auscultación………………………-………………………………………………….

 -Aspecto Cardiovascular

 Frecuencia Cardiaca………………. Ritmo…………. T.A. sistólica………………..

 TA Diastolita……………….. Choque de punta …………………………………….

 Ruidos Cardiacos: Normales…………………………………………………………

 Soplos……………………. Tipos……………………………………………………

 Pulsos Periféricos: …………………………………………………………………...

 Pedíos: ………………..Poplíteos…………….…Carotideos……………………..….

 Edemas Maleolares…………………………………………………………………...

 -Abdomen

 Aspecto General………………………………………………………………………

 Hernias…………………………………………Eventración…………………………

 Circulación Colateral………………………………Hígado………………………….

 Bazo…………………………………Puño percusión renal………………………...

 -Aparato Locomotor

 Columna Inspeccion………………………………………………………………….

 Escoliosis……………………………Movilidad Cervical…………………………..

 Cifosis……………………………….Lordosis……………………………………...

 Palpación……………………………Miembros Superiores………………………..

 Miembros Inferiores………………...Amputaciones……………………………….

 Agenesias……………………………Malformaciones……………………………..

 Displasias……………………………Luxación congénita de Cadera………………

 -Sistema Nervioso

 Motricidad……………………………………………………………………………

 Fuerza………………………………………………………………………………..

 Sensibilidad………………………………………………………………………….

 Tropismo muscular…………………………………………………………………..

 Reflejos………………………………………………………………………………

 Marcha……………………………………………………………………………….

 Equilibrio…………………………………………………………………………….

 Pares craneales: (Ver Instructivo)……………………………………………………

 -Examen Visual.

 Agudeza visual:

 ……………………………………………………………………………………….

 Si usa lentes el examen debe hacerlo con los mismos

 Visión Cromática: (Ver Tabla)

 -Examen de la Campimetría III par:

 -Parálisis del III par.………………………………………………………………….

 -Parálisis del IV………………………………………………………………………

 -Parálisis del VI par…………………………………………………………………..

 -Reflejo foto motor……………………………………………………………………

 -Reflejo Consensual………………………………………………………………….

 -Examen del reflejo de acomodación y convergencia……………………………….

 -Audición: (Examen de agudeza auditiva) (Ver Instructivo)

 Hipocausia leve……………………………………………………………………..

 Hipocausia moderada (DERIVACION)

 **……………………………………………**

 **Firma y Sello del Médico Habilitado**

 **EVALUACION PSICOLOGICA LICENCIA HABILITANTE DE CONDUCTOR PROFESIONAL**

 **Sugerencias para el médico generalista en el examen a los conductores. (Ver Instructivo) (al momento del**

 **Examen clínico)**

 **1) PRESUNCION DE APTITUD PSIQUICA PARA CONDUCIR**

 **En la entrevista del examen clínico de puede detectar simultáneamente los siguientes aspectos:**

 **Atención………………………………………………………………………………………………**

**Memoria………………………………………………………………………………………………**

**Sensopercepción………………………………………………………………………………………**

 **Orientación témporo espacial……………………………………………………………………….**

**Juicio Crítico…………………………………………………………………………………………**

**Afectividad (relaciones familiares, sociales, actividades, proyecto vial, etc.)……………………**

 **Capacidad de anticipación…………………………………………………………………………..**

 **Sentido de realidad……………………………………………………………………………………**

 **Adicción (tabaco, alcohol, psicofármacos, drogas, etc)…………………………………………….**

 **Antecedentes y hábitos de conducir (multas, accidentes, etc,)…………………………………….**

 **2) PRESUNCION DE INAPTITUD PARA CONDUCIR (Ver Instructivo)**

 **3) PRESUNCION DE UN TRASTORNO MENTAL ORGANICO (Ver Instructivo)**

 **RESULTADO DE LA EVALUACION**

 **Se solicitan los siguientes estudios:**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **Se realiza ínter consulta al Dr. Especialista en:………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **Observaciones:**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **.………………………………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………………………………………………………….**

 **……………………………………………**

 **Firma y Sello del Médico Habilitado**

 **EVALUACION FINAL LICENCIA HABILITANTE DE CONDUCTOR PROFESIONAL**

 **APTO: SI……………………………. NO………………………..**

 **OBSERVACIONES:**

 **……………………………………………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………………………………………**

 **Para Licencia de Conducir PROFESIONAL solicitar: Laboratorio – ECG – Rx Tórax, teniendo valides exámenes realizados a los poseedores de la Licencia Nacional de Transporte interjuridiccional (Linti) con una antigüedad no superior a los 06 meses.**

 **……………………………………………**

 **Firma y Sello del Médico Habilitado**