**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**