



Municipalidad
de Devoto

DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

COMUNIDAD REGIONAL / MUNICIPALIDAD / COMUNA DE: **DEVOTO**

CÓDIGO COMUNAL: **105**

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

Apellido: Nombre:

Domicilio: de la localidad de Devoto (Cba).

D.N.I. N°: 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
- ☐ Revalidación
- ☐ Renovación
- ☐ Cambio de Categoría
- ☐ Cambio de Datos
- ☐ Cambio de Foto
- ☐ Extravío o Deterioro



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Responda SI o NO, según corresponda.

ASPECTOS CARDÍACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONALES

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca?

☐

¿Ha recibido trasplante de corazón?

☐

¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?

☐

¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?

☐

¿Padece hipertensión arterial?

☐

¿Padece de disnea?

☐

TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

¿Padece hemofilia o trastornos de coagulación?

☐

¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?

☐

¿Padece de anemia?

☐

¿Ha recibido transfusiones de plasma?

☐

SISTEMA RENAL

¿Padece de enfermedades renales?

☐

¿Ha recibido trasplante renal?

☐

ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS

¿Padece diabetes?

☐

¿Padece alguna enfermedad de tiroides?

☐

¿Padece alguna enfermedad glandular?

☐

SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR

¿Padece de enfermedades encefálicas?

☐

¿Padece de epilepsia?

☐

¿Padece de convulsiones?

☐

¿Padece alteraciones del equilibrio?

☐

¿Padece alguna disfunción neurológica?

☐

¿Ha padecido pérdida de conocimiento?

☐

¿Ha sufrido traumatismo craneo encefálico?

☐

TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA

¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico?

☐

¿Le cuesta controlar sus impulsos?

☐

VISIÓN Y AUDICIÓN

¿Tiene recetados anteojos p/ ver de lejos?

☐

¿Tiene recetados lentes de contacto?

☐

¿Le han realizado alguna operación ocular?

☐

¿Padece disminución de la audición?

☐

¿Padece alguna patología auditiva?

☐

¿Usa audífono o implante coclear?

☐

OBSERVACIONES



ALERGIAS

¿Es alérgico a alguna medicación?

OBSERVACIONES

CONTACTOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS

¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos?

OBSERVACIONES

OTRAS ENFERMEDADES

¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado?

OBSERVACIONES

MEDICACIÓN

¿Tiene recetada medicación permanente?

¿Tiene recetada medicación transitoria?

¿Ha tomado medicación durante las últimas 24 hs?

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



Municipalidad
de Devoto

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO

COMUNIDAD REGIONAL / MUNICIPALIDAD / COMUNA DE:

CENTRO DE RECONOCIMIENTO:

Nombre y Apellido del examinado:

FECHA:

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO

- ☐ APTO
- ☐ APTO CON RESTRICCIONES (1)
- ☐ NO APTO TEMPORAL (2)
- ☐ NO APTO

- ☐ ES DONANTE DE ÓRGANOS
- ☐ ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO (3)

OBSERVACIONES:

(1)

(2)

(3)

Firma y sello del médico