


**PROVINCIA DE CÓRDOBA**

<b>COMUNIDAD REGIONAL/ MUNICIPALIDAD/ COMUNA DE:</b>		San Francisco
<b>CÓDIGO COMUNAL:</b>		2400
<b>LEGAJO N°:</b>	<b>CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:</b>	
<b>FICHA N°:</b>	<b>FECHA:</b>	

## 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 – Escriba con letra imprenta.

Apellido				Nombre				
Domicilio			Nro.	Piso	Dpto	Localidad		
Tipo	N° Documento			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		Cambio de Datos	
Revalidación		Cambio de fecha	
Renovación		Extravío o Deterioro	
Cambio de Categoría			

### A.- DECLARACIÓN JURADA

**Declaración jurada de salud -Responda SÍ o NO, según corresponda.**

<b>a) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL.</b>			
1.-¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardiaca?		2.-¿Ha recibido trasplante de corazón?	
3.- ¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?		4.-¿Padece asma o Insuficiencia Respiratoria?	
5.-¿Padece hipertensión arterial?		6.-¿Padece de disnea?	
<b>b) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS.</b>			
7.-¿Padece Hemofilia o trastornos de coagulación?		8.-¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?	
9.-¿Padece de anemia?		10.-¿Ha recibido transfusión de plasma?	
<b>c) SISTEMA RENAL.</b>			
11.-¿Padece de enfermedades renales?		12.-¿Ha recibido trasplante renal?	

<b>d) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS.</b>			
13.-¿Padece diabetes?		14.-¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	
15.-¿Padece alguna enfermedad glandular?			

<b>e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR.</b>			
16.-¿Padece de enfermedades encefálicas?		17.-¿Padece de epilepsia?	
18.-¿Padece de convulsiones?		19.-¿Padece alteraciones del equilibrio?	
20.-¿Padece alguna afección neurológica?		21.-¿Ha padecido pérdida de conocimiento?	
22.-¿Ha sufrido traumatismo cráneo encefálico?			

<b>f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA.</b>			
23.-¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?		24.-¿Le cuesta controlar sus impulsos?	

<b>g) VISIÓN Y AUDICIÓN.</b>			
25.-¿Tiene recetados anteojos ver de para lejos?		26.-¿Tiene recetados lentes de contacto?	
27.-¿Le han realizado alguna operación ocular?		28.-¿Padece disminución de la audición?	
29.-¿Padece alguna patología auditiva?		30.-¿Usa audífono o implante coclear?	

<b>OBSERVACIONES. Puntos 1 a 30</b>			

<b>ALERGIAS.</b>			
31.-¿Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo, detallar en observaciones.			
OBSERVACIONES			

<b>CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS.</b>			
32.-¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo; detallar en observaciones			
OBSERVACIONES			

<b>OTRAS ENFERMEDADES.</b>			
33.-¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo; detallar en observaciones.			
OBSERVACIONES			

<b>MEDICACIÓN.</b>			
34.-¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo; observaciones.			
35.-¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo; observaciones.			
36.-¿Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 hs? En caso afirmativo; observaciones.			
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.

**Deberá ser remitido al RePAT.**