**OFICIO CIRCULAR DNO N°47 2020  
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*  Fecha: |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido:** | | | | **Edad:** | **Sexo:** |
| **Peso:** | **Altura:** |
| Licencia Conductor que se posee (Marcar las que correspondan) | | | | | |
| Profesionales:  A-1: \_\_\_  A-2: \_\_\_  A-3: \_\_\_  A-4: \_\_\_  A-5: \_\_\_ | | No Profesionales:  B: \_\_\_\_  C: \_\_\_\_ | Especiales:  D: \_\_\_  E: \_\_\_  F: \_\_\_ | Ley 18.290; Obtenidas antes del 08 marzo de 1997:  A-1: \_\_\_\_  A-2: \_\_\_\_ | |
| NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA: \_\_\_ | | | | | |
| 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…?** | | | | |
| Válvula Cardiaca | | | | Sí □ No □ |
| By-pass Coronario | | | Sí □ No □ | |
| Implante Marcapasos | | | Sí □ No □ | |
| Cataratas | | | Sí □ No □ ¿Qué ojo? | |
| Glaucoma | | | Sí □ No □ ¿Qué ojo? | |
| Enfermedad de la retina o mácula | | | Sí □ No □ ¿Qué ojo? | |
| Operaciones de los ojos | | | Sí □ No □ | |
| ¿Usa lentes de cerca? | | | Sí □ No □ | |
| ¿Usa lentes de lejos? | | | Sí □ No □ | |
| Enfermedades u operaciones de los oídos | | | Sí □ No □ | |
| Mareos, vértigo o problemas de equilíbrio | | | Sí □ No □ | |
| ¿Usa audífonos para escuchar mejor? | | | Sí □ No □ | |
| Desmayo o pérdida de conciencia | | | Sí □ No □ | |
| Epilepsia o crisis convulsivas | | | Sí □ No □ | |
| Pérdida de fuerza en extremidades | | | Sí □ No □ | |
| Esclerosis Múltiple | | | Sí □ No □ | |
| Enfermedad de Parkinson | | | Sí □ No □ | |
| TEC (traumatismo encéfalo craneano) | | | Sí □ No □ | |
| Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte de ella. | | | Sí □ No □ | |
| Dificultad para hablar o escribir | | | Sí □ No □ | |
| Hipertensión arterial | | | Sí □ No □ | |
| ¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante el día? | | | Sí □ No □ | |
| Diabetes | | | Sí □ No □ | |
| Dificultad para respirar | | | Sí □ No □ | |
| Palpitaciones | | | Sí □ No □ | |
| Dolor en el pecho al hacer esfuerzos | | | Sí □ No □ | |
| Enfermedad Renal | | | Sí □ No □ | |
| Olvidos frecuentes que le llamen la atención | | | Sí □ No □ | |
| Problemas psicológicos o emocionales | | | Sí □ No □ | |
| Trastornos psiquiátricos | | | Sí □ No □ | |
| Cáncer | | | Sí □ No □ ¿Cuál? | |
| Enfermedad del hígado | | | Sí □ No □ | |
| Accidente cerebro vascular o derrame cerebral | | | Sí □ No □ | |
| Problemas para dormir | | | Sí □ No □ | |
| ¿Usted ronca? (más fuerte que hablar o se escucha en piezas vecinas) | | | Sí □ No □ | |
| ¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme? | | | Sí □ No □ | |
| Enfermedades del corazón | Insuficiencia cardíaca | | Sí □ No □ | |
| Infartos | | Sí □ No □ | |
| Anginas de pecho | | Sí □ No □ | |
| Arritmias | | Sí □ No □ | |
| ¿Operado de algo? | Sí □ No □ | | ¿De qué? | |
| Otra enfermedad | Sí □ No □ | | ¿Cuál? | |
| ¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año? | Sí □ No □ | | ¿Por qué? | |
| ¿Ha tomado o usado algún medicamento en último mes? | | | Sí □ No □ | |
| Medicamento | | Cantidad/día | ¿Por qué? | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |

**marque el NÚMERO de su respuesta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Consumo de alcohol (AUDIT) | | | Puntaje |
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | Nunca | (0) |  |
| Una o menos veces al mes | (1) |  |
| 2 a 4 veces al mes | (2) |  |
| 2 ó 3 veces a la semana | (3) |  |
| 4 o más veces a la semana | (4) |  |
|  |  |  |  |
| 2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomas en un día de consumo normal? | 1 ó 2 | (0) |  |
| 3 ó 4 | (1) |  |
| 5 ó 6 | (2) |  |
| 7, 8 ó 9 | (3) |  |
| 10 o más | (4) |  |
|  |  |  |  |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día? | Nunca | (0) |  |
| Menos de una vez al mes | (1) |  |
| Mensualmente | (2) |  |
| Semanalmente | (3) |  |
| A diario o casi a diario | (4) |  |
|  |  |  |  |
| 4. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? | Nunca | (0) |  |
| Menos de una vez al mes | (1) |  |
| Mensualmente | (2) |  |
| Semanalmente | (3) |  |
| A diario o casi a diario | (4) |  |
| 5. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? | Nunca | (0) |  |
| Menos de una vez al mes | (1) |  |
| Mensualmente | (2) |  |
| Semanalmente | (3) |  |
| A diario o casi a diario | (4) |  |
|  |  |  |  |
| 6. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? | Nunca | (0) |  |
| Menos de una vez al mes | (1) |  |
| Mensualmente | (2) |  |
| Semanalmente | (3) |  |
|  | A diario o casi a diario | (4) |  |
|  |  |  |  |
| 7. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | Nunca | (0) |  |
| Menos de una vez al mes | (1) |  |
| Mensualmente | (2) |  |
| Semanalmente | (3) |  |
| A diario o casi a diario | (4) |  |
|  |  |  |  |
| 8. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? | Nunca | (0) |  |
| Menos de una vez al mes | (1) |  |
| Mensualmente | (2) |  |
| Semanalmente | (3) |  |
| A diario o casi a diario | (4) |  |
|  |  |  |  |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? | No | (0) |  |
| Sí, pero no en el curso del último año | (2) |  |
| Sí, en el último año | (4) |  |
|  |  |  |  |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? | No | (0) |  |
| Sí, pero no en el curso del último año | (2) |  |
| Sí, en el último año | (4) |  |
|  |  |  |  |
| PUNTAJE TOTAL | | |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma y RUN del Postulante)**