

Declaración Jurada de Salud

Licencia de Conducir - Categoría Particular

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1- ¿Tiene dificultad para respirar? | SI | NO |
| 2- ¿Toma alguna medicación? | SI | NO |

En caso de respuesta afirmativa, detalle cuál:

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 3- ¿Está bajo tratamiento por hipertensión arterial? | SI | NO |
| 4- ¿Tiene problemas de corazón (insuficiencia cardíaca, arritmia, marcapasos, problemas vasculares, cirugías cardíacas, otros)? | SI | NO |
| 5- ¿Tiene problemas en su movilidad de piernas y brazos? | SI | NO |
| 6- ¿Ha tenido problemas de equilibrio, mareo, vértigo o convulsiones? | SI | NO |
| 7- ¿Sufre de dolor de cabeza intenso y de manera frecuente? | SI | NO |
| 8- ¿Se encuentra bajo tratamiento neurológico? | SI | NO |
| 9- ¿Se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico? | SI | NO |
| 10- ¿Tiene diabetes? | SI | NO |
| 10.1- ¿Es insulino dependiente? | SI | NO |
| 11- ¿Sufrió un accidente con lesiones importantes? | SI | NO |

En caso de respuesta afirmativa, detalle cuales:

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 12- ¿Usa lentes? | SI | NO |
| 13- ¿Confunde los colores? | SI | NO |
| 14- ¿Tiene disminución de la audición? | SI | NO |
| 15- ¿Posee algún padecimiento o aclaración que quiera realizar en su Declaración Jurada de Salud? | SI | NO |

En caso de respuesta afirmativa, detalle:

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y aclaración del solicitante: _____