

FICHA

DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

Nombre:		Edad:	Sexo:
		Peso:	Estatura:
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: ____
NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA:	____		Obtenidas antes del 08 marzo de 1997: A-1: ____ A-2: ____
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 ☐			

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL (Marque lo que corresponda, una sola alternativa):

¿HA TENIDO O TIENE...?	
Válvula Cardíaca	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 equilibrio	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?

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?			

Firma y RUN del postulante