

ANEXO 2:

ENTREVISTA MÉDICA

DATOS PERSONALES:

Nombre:		Edad:		
Dirección:				
Estudios: E. Básica incompleta ____ E. Básica completa ____ E. Media ____ E. Superior ____				
Situación laboral:		Activo(a) ____ Desempleado(a) ____ Jubilado(a) ____		
		Estudiante ____ Labores de casa ____		
Oficio/profesión :				
Licencia Conductor que se posee (Marcar la o las que correspondan)	Profesionales:	No Profesionales:	Especiales:	Obtenidas antes del 08 marzo de 1997:
	A-1: ____	B: ____	D: ____	A-1: ____
	A-2: ____	C: ____	E: ____	A-2: ____
	A-3: ____		F: ____	
	A-4: ____			
A-5: ____				

INFORMACIÓN DEL EXAMINADO:

Marcha (al ingresar): Normal ____ Alterada ____			
Otros aspectos:			
Motricidad Normal ____ Alterada ____ (cuenta dedos, fuerza brazos)			
Discapacidad física: Sí ____ No ____ ¿Cuál? ____			
Actitudes	Normal ____	Torpe ____	Exaltada ____
	Agresiva ____	Inhibida ____	Confusa ____
	Nerviosa ____		Mov. Anormales ____
	Temblorosa ____		
Disnea: no ☐ de reposo ☐ de esfuerzo ☐			
Presencia de Defectos Corporales:		Presión arterial (post 5 min sentado, en silencio, con la espalda apoyada, piernas no cruzadas, brazo a la altura del corazón):	

Comportamiento durante la entrevista	Tranquilo ____	Nervioso ____
	Autosuficiente ____	Otros ____
	Observaciones:	

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 ☐	
¿Se somete a revisiones médicas en su trabajo?	Sí ☐	No ☐	
¿Le han suspendido alguna vez su licencia?	Sí ☐	No ☐	
¿Conduce preferentemente en?	Ciudad ☐	Carretera ☐	Ambas ☐
¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave?	Sí ☐	No ☐	
Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas?			

En caso de Diabetes Mellitus tipo 1 o 2:

¿Sabe cuáles son los primeros síntomas de hipoglicemia? Si ☐ No ☐

¿Lleva una dieta con una porción adecuada de hidratos de carbono? Si ☐ No ☐

CONSUMO DE ALCOHOL

(Sólo en caso de conductores profesionales, no profesionales Clases A y licencia especial Clase F)

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 tomar 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			

Inspección General:

Examen Visual:

Deben traer ficha oftalmológica, llenada por oftalmólogo, todas las personas con: glaucoma, enfermedad de retina, tumores del SNC, TEC severo (con hospitalización en intensivo), ACV secuelado, cataratas o examen visual alterado en municipio.

- 1) Resultado Agudeza visual (con cartilla de Snellen, si usa lentes de lejos o lentes de contacto, la evaluación se hace con los lentes puestos)**

Ojo derecho	
Ojo izquierdo	
Visión Binocular	

2) Campo visual

Resultado campimetría		Horizontal	
		Vertical	
Resultado prueba de confrontación: Normal		Alterado	

- 3) Visión de colores (sólo para licencias profesionales, licencias Clases A1 y A2 obtenidas antes del 08.03.1997 y licencia Clase F)**

Rojo	
Amarillo	
Verde	

Examen Auditivo:

¿Sospecha de hipoacusia en el examen? Sí ☐ No ☐

¿Usuario de Audífonos? Sí ☐ No ☐

Audiometría: 500 Htz 1000 Htz 2000 Htz Promedio Tonal Puro

Puro

Oído

Derecho

--	--	--	--

Oído

Izquierdo

--	--	--	--

Audiometría de Campo Libre (sólo para usuarios de audífonos con sospecha de umbral auditivo sobre 80dB para licencias Clase B y sobre 40 dB para licencias Clase A)

Umbral auditivo con audífonos puestos dB

INFORME MÉDICO ESPECIALISTA:

Nombre:

Reg. Colegio Médico N°:

Especialidad:

Diagnóstico:

OBSERVACIONES:**EVALUACIÓN FINAL**

Apto(a) ☐
Apto(a) con restricción ☐
No apto(a) ☐

Nombre y Firma Médico Gabinete