

## ANEXO 1:

### 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.

\_\_\_\_\_  
Firma postulante

Fecha: \_\_\_\_\_

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

|                                                                                                                                                                            |                                                                    |                                          |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Nombre:                                                                                                                                                                    |                                                                    | Edad:                                    | Sexo:                                                                   |
|                                                                                                                                                                            |                                                                    | Peso:                                    | Estatura:                                                               |
| LicenciaConductor<br>que se posee<br>(Marcar las que correspondan)                                                                                                         | Profesionales :                                                    | No Profesionales:                        | Especiales:                                                             |
| NO POSEE NINGUNA<br>CLASE DE LICENCIA:                                                                                                                                     | A-1: _____<br>A-2: _____<br>A-3: _____<br>A-4: _____<br>A-5: _____ | B: _____<br>C: _____                     | D: _____<br>E: _____<br>F: _____                                        |
|                                                                                                                                                                            |                                                                    |                                          | Obtenidas antes<br>del 08 marzo de<br>1997:<br>A-1: _____<br>A-2: _____ |
| Estudios: E. Básica incompleta <input type="checkbox"/> E. Básica completa <input type="checkbox"/> E. Media <input type="checkbox"/> E. Superior <input type="checkbox"/> |                                                                    |                                          |                                                                         |
| Situación laboral:                                                                                                                                                         | Activo(a) <input type="checkbox"/>                                 | Desempleado(a) <input type="checkbox"/>  | Jubilado(a) <input type="checkbox"/>                                    |
|                                                                                                                                                                            | Estudiante <input type="checkbox"/>                                | Labores de casa <input type="checkbox"/> | Pensionado(a) <input type="checkbox"/>                                  |
| Oficio/profesión :                                                                                                                                                         |                                                                    |                                          |                                                                         |
| Jornada laboral: Diurna <input type="checkbox"/> Turno <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/>                     |                                                                    |                                          |                                                                         |

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

| ¿HA TENIDO O TIENE...?                                               |                             |                                       |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Válvula Cardíaca                                                     | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| By-pass Coronario                                                    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Implante Marcapasos                                                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Cataratas                                                            | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo? |
| Glaucoma                                                             | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo? |
| Enfermedad de la retina o mácula                                     | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo? |
| Operaciones de los ojos                                              | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| ¿Usa lentes de cerca?                                                | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| ¿Usa lentes de lejos?                                                | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Enfermedades u operaciones de los oídos                              | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Mareos, vértigo o problemas de equilibrio                            | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| ¿Usa audífonos para escuchar mejor?                                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Desmayo o pérdida de conciencia                                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Epilepsia o crisis convulsivas                                       | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Pérdida de fuerza en extremidades                                    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Esclerosis Múltiple                                                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Enfermedad de Parkinson                                              | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| TEC (traumatismo encéfalo craneano)                                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte de ella. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Dificultad para hablar o escribir                                    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Hipertensión arterial                                                | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| ¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante el día?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Diabetes                                                             | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Dificultad para respirar                                             | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Palpitaciones                                                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Dolor en el pecho al hacer esfuerzos                                 | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Enfermedad Renal                                                     | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Olvidos frecuentes que le llamen la atención                         | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Problemas psicológicos o emocionales                                 | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |
| Trastornos psiquiátricos                                             | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>           |

|                                                                      |                                                         |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Cáncer                                                               |                                                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? |
| Enfermedad del hígado                                                |                                                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |
| Accidente cerebro vascular o derrame cerebral                        |                                                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |
| Problemas para dormir                                                |                                                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |
| ¿Usted ronca? (más fuerte que hablar o se escucha en piezas vecinas) |                                                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |
| ¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme?                |                                                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |
| Enfermedades del corazón                                             | Insuficiencia cardíaca                                  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |
|                                                                      | Infartos                                                | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |
|                                                                      | Anginas de pecho                                        | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |
|                                                                      | Arritmias                                               | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |
| ¿Operado de algo?                                                    | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿De qué?                                                       |
| Otra enfermedad                                                      | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál?                                                         |
| ¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año?       | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Por qué?                                                      |
| ¿Ha tomado o usado algún medicamento en último mes?                  |                                                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |
| Medicamento                                                          | Cantidad/día                                            | ¿Por qué?                                                      |
|                                                                      |                                                         |                                                                |
|                                                                      |                                                         |                                                                |
|                                                                      |                                                         |                                                                |
|                                                                      |                                                         |                                                                |
|                                                                      |                                                         |                                                                |
|                                                                      |                                                         |                                                                |

**HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (sólo en caso de control):**

|                                                                              |                                                                                                                                                                                         |                                    |                                |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| ¿Conduce usted?                                                              | Todos los días <input type="checkbox"/> Algunos días de la semana <input type="checkbox"/><br>Algunos días al mes <input type="checkbox"/> Algunos días al año <input type="checkbox"/> |                                    |                                |
| ¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o trabajar?                          | Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | No <input type="checkbox"/>        |                                |
| ¿Tiene evaluaciones periódicas con medico?                                   | Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | No <input type="checkbox"/>        |                                |
| ¿Conduce preferentemente en?                                                 | Ciudad <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         | Carretera <input type="checkbox"/> | Ambas <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización? | Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | No <input type="checkbox"/>        |                                |
| Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas?                      |                                                                                                                                                                                         |                                    |                                |

Afirmó Que, en caso de estar bajo tratamiento médico con fármacos que produzcan somnolencia o alteración de los sentidos, me comprometo a no conducir bajo sus efectos y declaro que toda la información proporcionada es verídica y entiendo que cualquier omisión o falsedad en esta declaración me hace responsable de las sanciones legales correspondientes, incluyendo la posible suspensión o denegación de la licencia de conducir.

---

(Firma y RUN del Postulante)