

--	--

Fecha de inicio de trámite



LICENCIA DE CONDUCIR

TEL: 2266-420055

MUNICIPALIDAD DE BALCARCE

EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA CARNET DE CONDUCTOR
(Debe ser completado por el MEDICO DE CABECERA)

El médico que suscribe el presente declara que los datos consignados están registrados en la Historia Clínica Personal que obra en mi poder y se han obtenido del conocimiento del paciente.

APELLIDO Y NOMBRE :

EDAD:

GRUPO SANGUINEO:

FACTOR RH:

PATOLOGIA	SI	NO	OBSERVACIONES
HIPOACUSIA			
ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO			
ALTERIOPATIAS PERIFERICAS			
ANEURISMA AORTICO			
HIPERTENSION ARTERIAL			
ARRITMIAS/ BLOQUEOS DE RAMA			
VALVULOPATIAS			
PORTADOR DE MARCAPASOS			
INSUFICIENCIA CARDIACA			
SECUELAS IAM./ INSUF. CORONARIA CRONICA/ CORONARIOPATIA OPER.			
ENDOCRINOPATIAS/ DIABETES			
NEUMOPATIAS SEVERAS			
INSUFICIENCIA HEPATICAS SEVERAS			
HERNIAS/EVENTRACIONES ERREDUCT			
INSUFICIENCIA RENAL			
ALTERACIONES EN FUERZA MUSCULAR			
COLUMNAS VERTEBRAL			
MIEMBROS SUPERIORES			
MIEMBROS INFERIORES			
DIFICIT MOTOR: PARESIA O PLEJIA			
EXTRAPIRIDALISMO/ PARKINSON			
TRAST. PERIF. MOTORES O SENSIT.			
AFASIAS/ AGNOSIAS/ ATAXIAS			
EPILEPSIAS/ CONVULSIONES			
FATIGABILIDAD			
TRAST. PSICOTICOS O NEUROTICOS			
TOXICOMANIAS			
PSICODIAGNOSTICO (ADJUNTAR)			
OTROS (que se quiera adjuntar)			

OBSERVACIONES:

BALCARCE / /

O.D _____ / _____

O.I _____ / _____

FIRMA Y SELLO
(RESPONSABLE MÉDICO LICENCIAS)

FIRMA Y SELLO
MEDICO

RESTRICCIONES:
(SOLO MÉDICO LICENCIAS)