

ANEXO 1:

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD
(autoreporte)

CONSUMO DE ALCOHOL

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

MARQUE CON “X” SU RESPUESTA A CADA PREGUNTA:

| Consumo de alcohol (AUDIT) | | Marque Aquí |
|--|--|-------------|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | Nunca | |
| | Una o menos veces al mes | |
| | 2 a 4 veces al mes | |
| | 2 ó 3 veces a la semana | |
| | 4 o más veces a la semana | |
| 2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal? | 1 ó 2 | |
| | 3 ó 4 | |
| | 5 ó 6 | |
| | 7, 8 ó 9 | |
| | 10 o más | |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día? | Nunca | |
| | Menos de una vez al mes | |
| | Mensualmente | |
| | Semanalmente | |
| | A diario o casi a diario | |
| 4. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? | Nunca | |
| | Menos de una vez al mes | |
| | Mensualmente | |
| | Semanalmente | |
| | A diario o casi a diario | |
| 5. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? | Nunca | |
| | Menos de una vez al mes | |
| | Mensualmente | |
| | Semanalmente | |
| | A diario o casi a diario | |
| 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 | |
| | Menos de una vez al mes | |
| | Mensualmente | |
| | Semanalmente | |
| | A diario o casi a diario | |
| 7. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | Nunca | |
| | Menos de una vez al mes | |
| | Mensualmente | |
| | Semanalmente | |
| | A diario o casi a diario | |
| 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 | |
| | Menos de una vez al mes | |
| | Mensualmente | |
| | Semanalmente | |
| | A diario o casi a diario | |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? | No | |
| | Sí, pero no en el curso del último año | |
| | Sí, en el último año | |
| 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 | |
| | Sí, pero no en el curso del último año | |
| | Sí, en el último año | |

(Firma y RUN del Postulante)

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 consinceridad.

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(a).

Firma postulante

Fecha:

DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| Nombre: | | | Edad: | Sexo: |
| | | | Peso: | Estatura: |
| Licencia Conductor que se posee (Marcar las que correspondan) NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA: | Profesionales: A-1: ____ A-2: ____ A-3: ____ A-4: ____ A-5: ____ | No Profesionales: B: ____ C: ____ | Especiales: D: ____ E: ____ F: ____ | Obtenidas antes del 08 marzo de 1997: A-1: ____ 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"/> 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? | | | |

En caso de Diabetes Mellitus tipo 1 o 2:

Usted, ¿tiene Diabetes? Si ☐ No ☐

¿Sabe cuáles son los primeros síntomas de hipoglicemia (baja de azúcar) ? Si ☐ No ☐

¿Lleva una dieta con una porción adecuada de hidratos de carbono (fideos, arroz, papas, frituras) ? Si ☐ No ☐

(Firma y RUN del Postulante)