

# Intendencia de Paysandú

## DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

### DECLARACIÓN JURADA CON DESTINO A ASPIRANTES PARA LICENCIA DE CONDUCIR

#### 1 - DATOS PATRONÍMICOS

1er. nombre	2do. nombre	1er. apellido	2do. apellido
Fecha de nacimiento	Cédula Identidad N°.	Domicilio	

#### 2 - DECLARACIÓN JURADA SOBRE DATOS CLÍNICOS Y MEDICAMENTACIONES

##### A) Datos Clínicos

¿Padece o ha padecido alguno de los síntomas o enfermedades que se citan a continuación?

	SI	NO
Infarto de miocardio		
Angina de pecho		
Arritmias		
Hipertensión arterial (presión alta)		
Epilepsia		
Convulsiones		
Mareos		
Vértigos		
Parálisis		
Poliomelitis		
Enf. de Parkinson		
Temblo persistente de manos		
¿Has sido tratado o internado por enfermedad psíquica (nerviosa)		

	SI	NO
¿Padece de enfermedad que disminuya su audición?		
¿Usa audifono?		

	SI	NO
¿Usa lentes permanentes?		
¿Usa lentes de contacto?		
¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas oculares?		
¿Padece de glaucoma (presión a la vista)?		

	SI	NO
¿Es diabético?		

**ESPACIO PARA SER LLENADO ÚNICAMENTE POR DIABÉTICOS**

	SI	NO
¿Consume alcohol diariamente?		
¿Cuál?		
¿En que cantidad?		

	SI	NO
¿Que tratamiento hace? Dieta, Medicamentos.		
¿Se controla periódicamente con médico?		
¿Se hace periódicamente análisis?		
¿Cada cuanto tiempo?		

### 3 - DATOS FARMACOLÓGICOS

Se medica con alguno de los medicamentos citados a continuación?

Insulina

Antibióticos orales

Comitoína

Otros antiepilépticos

Antiparkinsonianos

SI	NO

Consumo medicación tranquilizante o hipnóticos ¿cuál o cuáles?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si consume en forma permanente alguna medicación no citada con anterioridad, sírvase mencionarla.

(No menciones vitaminas, anticonceptivos, cremas o lociones para piel, medicación antiasmática, antirreumática ni digestivas)

Formulo la presente declaración jurada en mi condición de aspirante a conductor, Categoría ..... Grado ..... con conocimiento de las responsabilidades del caso.

Paysandú, .....

Fecha

Firma

**EL SIGUIENTE ESPACIO NO PERTENECE A LA DECLARACIÓN JURADA  
SÍRVASE DEJARLO EN BLANCO**

## ***EXAMEN DE APTITUD PARA CONDUCIR***

Paysandú, ..... de ..... de 20 .....

ASPIRANTE: .....

EDAD: ..... AÑOS

DICTAMEN: .....

OBSERVACIONES: .....

Timbre  
Profesional