

DECLARACIÓN JURADA SOBRE PADECIMIENTOS DE AFECCIONES

Debe ser completada en forma personal por el solicitante, debiendo saber leer y escribir en el idioma nacional. A los responsables del examen psicofísico: Cumpliendo con el Art. 23 - ítem 7.3 inc. "c" del Decreto Reglamentario de la Ley Provincial de Tránsito N° 13.133, completo la declaración jurada (marque SI o NO donde corresponda; donde figura una (x) significa: en caso afirmativo complete en observaciones). La presente debe ser conservada por un mínimo de 5 años.

- 01- ¿Tiene recetado anteojos para ver de lejos?..... Si () NO ()
- 02- ¿Tiene recetados lentes de contacto?..... Si () NO ()
- 03- ¿Presenta strabismo de uno o ambos ojos?..... Si () NO ()
- 04- ¿Presenta pérdida parcial/total de la visión de un ojo o usa prótesis?..... Si () NO ()
- 05- ¿Le han realizado alguna operación ocular?..... Si () NO ()
- 06- ¿Presenta dificultad para distinguir los colores?..... Si () NO ()
- 07- ¿Padece sordera?..... Si () NO ()
- 08- ¿Padece disminución de audición?..... Si () NO ()
- 09- ¿Padece alguna patología auditiva?..... Si () NO ()
- 10- ¿Le han realizado alguna cirugía en el oído?..... Si () NO ()
- 11- ¿Usa audifono o implante coclear?..... Si () NO ()
- 12- ¿Presenta disminución de la fuerza y/o movilidad de algún miembro o cuello?..... Si () NO ()
- 13- ¿Le falta algún miembro total o parcial?..... Si () NO ()
- 14- ¿Sufrió algún traumatismo craneo encefálico con o sin pérdida de conocimiento? Si () NO ()
- 15- ¿Padece alguna afección neurológica?..... Si () NO ()
- 16- ¿Está o estuvo en tratamiento psiquiátrico (depresión, esquizofrenia, etc.)?..... Si () NO ()
- 17- ¿Está o estuvo en tratamiento psicológico?..... Si () NO ()
- 18- ¿Tuvo alguna internación por causa psicológica o psiquiátrica?..... Si () NO ()
- 19- ¿Padece o padeció alguna enfermedad cardíaca? Ej.: Infarto, arritmias, afecciones valvulares, fiebre reumática, miocardiopatías, malformación congénita, etc..... Si () NO ()
- 20- ¿Padece hipertensión arterial?..... Si () NO ()
- 21- ¿Usa marcapasos, desfibrilador automático, u otro?..... Si () NO ()
- 22- ¿Padece/padeció alguna enfermedad de riñon, vías urinarias, aparato digestivo?... Si () NO ()
- 23- ¿Padece de hemofilia o algún trastorno de coagulación?..... Si () NO ()
- 24- ¿Padece de diabetes?..... Si () NO ()
- 25- ¿Es insulino dependiente?..... Si () NO ()
- 26- ¿Ha estado en forma accidental o profesional en contacto con materiales peligrosos (plaguicidas, sustancias radioactivas, etc.)?..... Si () NO ()
- 27- ¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua?..... Si () NO ()
- 28- ¿Ha tomado en las últimas 24 horas alguna medicación?..... Si () NO ()
- 29- ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya detallado?..... Si () NO ()
- 30- ¿Es alérgico?..... Si () NO ()
- 31- ¿Es alérgico a alguna medicación?..... Si () NO ()
- 32- ¿Tiene alguna otra discapacidad no detallada?..... Si () NO ()
- 33- ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?..... Si () NO ()
- 34- ¿Ha padecido pérdida de conocimiento, mareos, zumbidos, vértigo o temblores musculares?..... Si () NO ()



MINISTERIO DE SEGURIDAD
Gobierno de Santa Fe

- 35- ¿Sufre o a sufrido ataques de epilepsia?..... Si () NO ()
36- ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas?..... Si () NO ()
37- ¿Fuma habitualmente? Indique en observaciones cantidad de cigarrillos diarios..... Si () NO ()
38- ¿Posee jubilación por invalidez?..... Si () NO ()

Observaciones:
.....
.....
.....

El que suscribe afirma que la declaración jurada ha sido completada correctamente, sin omisión ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad y de no cumplirse será pasible de las sanciones previstas en el Art N° 275 del Código Penal - FALSO TESTIMONIO.

Firma y aclaración del Solicitante: