

Datos personales

Apellidos y Nombres del solicitante: _____
 Tipo y Número de Documento: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____
 Grupo sanguíneo declarado _____ Factor R _____
 Clase/s de Licencia/s solicitada/s:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EXAMEN FÍSICO

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Pulso: _____ Presión arterial: _____ Talla: _____ Peso: _____
 Lenguaje: Dificultades en la alteración de la palabra: _____
 Postura y marcha: Dificultades funcionales: _____
 Movilidad y funcionalidad de cuello y columna: _____
 Funcionalidad e integridad de miembros superiores e inferiores: _____
 Observaciones: _____

EXÁMENES SENSORIALES

Visión

Agudeza visual	Ojo izquierdo	Visión bonicular	Ojo derecho	Observaciones
1/10				
2/10				
3/10				
4/10				
5/10				
6/10				
7/10				
8/10				
9/10				
10/10				

*En personas con baja agudeza visual se deberá realizar un examen oftalmológico completo que incluya CVC (campo visual computarizado) y FO (fondo de ojo).
 En personas mayores de 60 años, diabéticos, y/o que tengan alguna patología de retina, se deberá solicitar un FO (fondo de ojo).*

Campimetría	OD	OI	Perimetría	OD	OI	Observaciones
45° (nasal)			70°			
55° temporal			80°			

Discriminación de colores - Ishihara

Colores	Primarios	Colores	Ishihara		Observaciones
A			A	D	
B			B	E	
C			C	F	
D					

Visión de profundidad

Profundidad	Señales de tránsito	Rombos			Observaciones
Primera fila		1	4	7	
Segunda fila		2	5	8	
Tercera fila		3	6	9	

Vida nocturna:

Encandilamiento:

Recuperación al encandilamiento:

Forias	Horizontal	Vertical	Observaciones

Audiometría	OD	OI	Audiometría	OD	OI	Observaciones
500 HZ			3000 HZ			
1000 HZ			4000 HZ			
2000 HZ			5000 HZ			

EXÁMENES PSICOMÉTRICOS

1. Velocidad de Anticipación				2. Coordinación Bi Manual				3. Reacciones Múltiples				4. Atención concentrada Reacción a la Monotonía			
Concepto	1°	2°	3°	Concepto	1°	2°	3°	Concepto	1°	2°	3°	Concepto	1°	2°	3°
TMD				TT				AC				AC			
DMD				PE				NC				NC			
TAF				NT				TMR				TMR			
TAR								TMRA				TMRA			
NTC								RD				ER			
								ER							

Fecha:

APTO	NO APTO	Interconsulta 1	APTO PARCIAL 2	Tiempo de validez (en meses)

1 - Se requiere INTERCONSULTA o examen complementario sobre patología:

2 - Indicar expresamente las Licencias para las cuales resulta **NO APTO**:

Razones del NO APTO:

OBSERVACIONES:

Fecha:

 En el día de la fecha recibo **informe de interconsulta** solicitada oportunamente sobre patología

.....realizada por el Dr..... Médico especialista.

.....cuyo informe se adjunta a la documental del solicitante con el siguiente Resultado: **APTO** ☐ **NO APTO** ☐ **APTO PARCIAL 3** ☐

3 - Indicar expresamente las Licencias para las cuales resulta NO APTO:

Razones del No Apto:.....

Clases para las que resulta APTO

Tiempo de validez (en meses)

Fecha:

Tiempo de reacción:

Coodinación motriz:

Inteligencia:

Salud Mental:

Fecha:

APTO	NO APTO	APTO PARCIAL	Interconsulta	Tiempo de validez (en meses)

1 - Se requiere INTERCONSULTA o examen complementario sobre patología:

2 - Indicar expresamente las Licencias para las cuales resulta NO APTO:

Razones del NO APTO:

OBSERVACIONES:

Fecha:

 En el día de la fecha recibo **informe de interconsulta** solicitada oportunamente sobre patología

.....realizada por el Dr..... Médico especialista.

.....cuyo informe se adjunta a la documental del solicitante con el siguiente Resultado: APTO ☐ NO APTO ☐ APTO PARCIAL 3 ☐

3 - Indicar expresamente las Licencias para las cuales resulta NO APTO:

Razones del No Apto:.....

Clases para las que resulta APTO

Tiempo de validez (en meses)

Fecha:

APTO	NO APTO	APTO PARCIAL 6	Tiempo de validez (en meses)

RESTRICCIONES/OBSERVACIONES

[illegible]

6 - Indicar expresamente las Licencias para las cuales resulta **NO APTO**:

Razones del No Apto:

Clases para las que resulta APTO

--	--	--

--	--	--

OBSERVACIONES: