

**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:

<b>Consumo de alcohol (AUDIT)</b>		<b>Marque Aquí</b>
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 con sinceridad.

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):**

<b>¿HA TENIDO O TIENE...?</b>		
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)