

Certificado Médico

Licencia de Conducir Categoría Particular

El/la paciente _____ DNI N° _____ domiciliado/a en
calle _____ de mi conocimiento profesional, en **ACTO**

MÉDICO ha sido evaluado/a física y psíquicamente arribando a las siguientes conclusiones:

- | | | |
|---|----|----|
| - Incapacidad o limitante físico que le impide conducir | SI | NO |
| - Alteración psicoafectiva que pueda afectar la conducción | SI | NO |
| - Dificultad auditiva que pueda afectar la conducción | SI | NO |
| - Alteración de la visión, no corregida con el uso de lentes | SI | NO |
| - Toma medicación que sus efectos directos o secundarios puedan interferir en la conducción | SI | NO |

En base a esta evaluación y su declaración jurada, concluyo que el/la paciente es: **APTO - NO APTO**

Observaciones:

Como parte integrante del certificado, se adjunta Declaración Jurada de Salud del paciente.

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma y sello del profesional médico: _____

Matrícula profesional del médico: _____

Declaración Jurada de Salud

Licencia de Conducir Categoría Particular

- | | | |
|---|----|----|
| 1- ¿Tiene dificultad para respirar? | SI | NO |
| 2- ¿Toma alguna medicación? | SI | NO |
| 2.1- Detalle cuál: _____ | | |
| 3- ¿Está bajo tratamiento por hipertensión arterial? | SI | NO |
| 4- ¿Tiene problemas de corazón? | SI | NO |
| 4.1- ¿Cuál: _____ | | |
| 5- ¿Tiene problemas en su movilidad de piernas y brazos? | SI | NO |
| 6- ¿Ha tenido problemas de equilibrio, mareo, vértigo o convulsiones? | SI | NO |
| 7- ¿Sufre de dolor de cabeza intenso y de manera frecuente? | SI | NO |
| 8- ¿Se encuentra bajo tratamiento neurológico? | SI | NO |
| 9- ¿Se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico? | SI | NO |
| 10- ¿Tiene diabetes? | SI | NO |
| 10.1- ¿Es insulino dependiente? | SI | NO |
| 11- ¿Sufrió un accidente con lesiones importantes? | SI | NO |
| 11.1- Detalle cuáles: _____ | | |
| 12- ¿Usa lentes? | SI | NO |
| 13- ¿Confunde los colores? | SI | NO |
| 14- ¿Tiene disminución de la audición? | SI | NO |
| 15- Algún padecimiento o aclaración que quiera realizar | | |

en su Declaración Jurada de Salud: _____

El aspirante a la licencia, es responsable de la información médica que ingrese al sistema, y tiene la obligación de denunciar ante la Autoridad de Aplicación cualquier cambio sobreviniente en su estado de salud que se produzca luego de realizado el certificado médico y antes de la conclusión del trámite de renovación de licencia.

Firma del solicitante de la licencia

Aclaración del solicitante de la licencia