



PROVINCIA  
DE CÓRDOBA



MUNICIPALIDAD DE JESÚS MARÍA

CÓDIGO COMUNAL: 248

LICENCIA N°.....

CATEGORÍA:

FECHA: ...../...../.....

**DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD**

Asumo la total y exclusiva responsabilidad por los datos consignados y las consecuencias emergentes por omisiones y/o inexactitudes de los mismos.

**DATOS PERSONALES:** (ADJUNTAR FOTOCOPIA DNI 1º, 2º Y ÚLTIMO DOMICILIO)

CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

Apellido		Nombres			
Domicilio	Nro.	Piso	Dpto.	Jesús María Localidad	
Tipo	N° Documento				
Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil			
Sexo	Grupo Sanguíneo	Factor RH	¿Es donante de órganos?		

**DATOS DE LA LICENCIA DE CONDUCIR** – Marque con una cruz lo que corresponda.

1-Primera licencia	<input type="checkbox"/>
2-Renovación	<input type="checkbox"/>
3-Extravío o deterioro	<input type="checkbox"/>
4-Cambio de categoría	<input type="checkbox"/>

**Ítems: 2, 4,** adjuntar licencia anterior-  
**Extravío:** Adjuntar denuncia policial.

**A.- DECLARACIÓN JURADA**

**Declaración jurada de salud** -Responda SÍ o NO, según corresponda.

<b>a) ASPECTOS CARDIACOS, RESPIRATORIOS Y TENSIONAL.</b>			
1.-¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca?	<input type="checkbox"/>	2.-¿Ha recibido transplante de corazón?	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Posee prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?	<input type="checkbox"/>	4.-¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?	<input type="checkbox"/>
5.-¿Padece hipertensión arterial?	<input type="checkbox"/>	6.-¿Padece de disnea?	<input type="checkbox"/>
<b>b) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS.</b>			
7.-¿Padece hemofilia o trastornos de coagulación?	<input type="checkbox"/>	8.-¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?	<input type="checkbox"/>
9.-¿Padece de anemia?	<input type="checkbox"/>	10.-¿Ha recibido transfusión de plasma?	<input type="checkbox"/>
<b>c) SISTEMA RENAL.</b>			
11.-¿Padece de enfermedades renales?	<input type="checkbox"/>	12.-¿Ha recibido transplante renal?	<input type="checkbox"/>

www.jesusmaria.gov.ar



**d) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS.**

13.-¿Padece diabetes?		14.-¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	
15.-¿Padece alguna enfermedad glandular?			

**e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR.**

16.-¿Padece de enfermedades encefálicas?		17.- ¿Padece de epilepsia?	
18.-¿Padece de convulsiones?		19.- ¿Padece alteraciones del equilibrio?	
20.-¿Padece alguna afección neurológica?		21.- ¿Ha padecido pérdida de conocimiento?	
22.-¿Ha sufrido traumatismo craneo encefálico?			

**f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA.**

23.-¿Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?		24.- ¿Le cuesta controlar sus impulsos?	
---	--	---	--

**g) VISIÓN Y AUDICIÓN.**

25.- ¿Tiene recetados anteojos ver de para lejos?		26.- ¿Tiene recetados lentes de contacto?	
27.- ¿Le han realizado alguna operación ocular?		28.- ¿Padece disminución de la audición?	
29.- ¿Padece alguna patología auditiva?		30.- ¿Usa audífono o implante coclear?	

**OBSERVACIONES. Puntos 1 a 30**

--

**ALERGIAS.**

31.-¿Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo, detallar en observaciones.

OBSERVACIONES

--

**CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS.**

32.-¿Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo; detallar en observaciones

OBSERVACIONES

--

**OTRAS ENFERMEDADES.**

33.-¿Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo; detallar en observaciones.

OBSERVACIONES

--

**MEDICACIÓN.**

34.-¿Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo; observaciones.

35.-¿Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo; observaciones.

36.-¿Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 hs? En caso afirmativo; observaciones.

OBSERVACIONES:

**TELEFONO PERSONAL Y TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA:**

--

Firma y N° de Documento del Declarante. \_\_\_\_\_