ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CANETE
DIRECCION DE TRANSITO Y TRANSPORTE PÚBLICO
DEPARTAMENTO LICENCIAS DE CONDUCIR

licencias.conducir@municanete.cl
+569 97824205

EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

FECHA EXAMEN MÉDICO _____

DATOS DEL POSTULANTE

NOMBRE _____ **AÑOS** ____

ESCOLARIDAD

- *ENSEÑANZA BÁSICA* ☐
- *ENSEÑANZA MEDIA* ☐
- *TÉCNICA* ☐
- *UNIVERSITARIA* ☐
- *OTRA* ☐

CLASE SOLICITADA

LEY 18.290 — A1 ☐ A2 ☐

LEY 19.945 — A-1 ☐ A-2 ☐ A-3 ☐ A-4 ☐ A-5 ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐

PETICIÓN

- *PRIMERA LICENCIA* ☐
- *CONTROL LICENCIA* ☐
- *CAMBIO DE CLASE* ☐
- *ADHESIÓN CLASE* ☐
- *DUPLICADO* ☐
- *CAMBIO DE DOMICILIO* ☐

ESTADO CIVIL

- *SOLTERO (A)* ☐
- *CASADO (A)* ☐
- *VIUDO (A)* ☐
- *SEPARADO (A)* ☐
- *UNIÓN CIVIL* ☐
- *OTRO* ☐

EXAMEN SICOMÉTRICO

1 a) Reacciones simples

Prueba	Tiempo	Prueba	Tiempo
PROMEDIO			

2 a) Coordinación Motriz (Test Pun.)

Aciertos			
Errores			
T. Perman			

2 a) Coordinación Motriz (Palanca)

Perman.			
D.Errores			
Tiempo			

EXAMEN SENSOMÉTRICO

1. Agudeza Visual

Visión	O.Der	O.Izq	Binocular
C/Lentes			
S/ Lentes			

2. Perimetría

Pruebas	1	2	Prom.
O.Der.			
O. Izq			

3. Visión de profundidad

Pruebas	1	2	3	4	5	Prom.
-Cd						

4. Visión Nocturna

Pruebas	1	2	3	Prom.
-Cd				

5. Encandilamiento

Pruebas	1	2	3	Prom.
-Cd.				

6. Recuperación al encandilamiento

Pruebas	1	2	3	Prom.
Tiempo				

7. Visión de colores

Rend.	Ve	No ve	%
N° Láminas			

8. Audiometría - 50 db

Frecuencia	500	1000	2000	Prom.
O. Der				
O. Izq				

	Ex. Síquico			Ex. Espec.	
	Aprob.	Rech.	Pend.	Aprob.	Rech.
Ex. Síquico					
Ex. Médico					
Ex. Espec.					

ENTREVISTA MÉDICA

1.- INFORMACIÓN DE EXAMINADO

1.1 MARCHA (AL INGRESAR) _____

OTROS ASPECTOS _____

1.2 ACTITUDES

- ☐ Normal
- ☐ Agresivo
- ☐ Nervioso
- ☐ Disnea de esfuerzo
- ☐ Torpe
- ☐ Inhibido
- ☐ Tembloroso
- ☐ Dificultad respiratoria

1.3 PRESENCIA DE DEFECTOS CORPORALES _____

1.4 COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA

- ☐ Tranquilo
- ☐ Nervioso
- ☐ Autosuficiente
- ☐ Otros

2.- ANAMNESIS PRÓXIMA

2.1 ENFERMEDADES

	SI	NO	
Hipertensión Arterial	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Enf. Cardiovasculares	☐	☐	
Usa Marcapaso	☐	☐	
Discopatías	☐	☐	
Pérdida de Conocimiento	☐	☐	
Artritis	☐	☐	
Lumbago	☐	☐	
Neurosis	☐	☐	
Traumatismo	☐	☐	
Problemas otológicos	☐	☐	

Observaciones _____

2.2 ¿ Qué enfermedades, intervenciones quirúrgicas o accidentes ha sufrido ud,y a qué médicos o instituciones médicas hospitalarias o asistenciales ha consultado, desde hace un 1 año a la fecha ?

2.3 Medicamentos y drogas usadas

	SI	NO	OTRAS DROGAS
Hipoglicemiantes	☐	☐	
Vasolidatadores	☐	☐	
Sedantes	☐	☐	
Corticoides	☐	☐	
Anticonvulsionantes	☐	☐	
Que causen dependencia	☐	☐	

2.4 Hábito Alcohólico ¿Bebe Alcohol con habitualidad? ☐ SI ☐ NO

- ☐ OCASIONALMENTE
- ☐ INES DE SEMANA
- ☐ DIARIAMENTE

Audit:

3.- INGRESO DATOS MÉDICO ESPECIALISTA

(EN CASO QUE PACIENTE PRESENTE PATOLOGIAS PREVIAS, DEBE PRESENTAR CONTROL DE SU MEDICO TRATANTE, COMPLETANDO EL SIGUIENTE RECUADRO)

Nombre Médico Especialista _____

Registro Colegio Médico N° _____

Diagnóstico _____

Especialidad _____

NOTA:
El que ante la autoridad o sus agentes perjudicare o diese falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá penas de presidio menor en sus grados mínimos a medio y multas"
(Art.210 Cód. Penal)

FIRMA DEL POSTULANTE

4. OBSERVACIONES

_____

APTO ☐ **PENDIENTE** ☐ **NO APTO** ☐ **NO SE PRESENTA** ☐

FIRMA MÉDICO GABINETE PSICOTÉCNICO
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAÑETE