

DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA DE SALUD

Nombre/s y Apellido/s:.....

Número de Documento:..... Domicilio:.....

Teléfono:..... Fecha de nacimiento:.....

MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION CORRECTA

SI NO

Donante del CUCAI..... () ()

Disminución de la fuerza y movilidad de algún miembro o cuello..... () ()

Malformaciones, amputaciones u otras afecciones del aparato locomotor..... () ()
Totales o parciales.

Afecciones cardiovasculares, infartos, uso de marcapaso,..... () ()
Insuficiencia cardíaca, e hipertensión arterial.

Enfermedades dismetabólica, uremia, diabetes, alcoholismo y toxicomanías..... () ()

Uso de psicofármacos u otros medicamentos en forma continuada..... () ()

Visión monocular, estrabismo, discromatopsia u otra afección oftalmológica..... () ()
Que disminuya la visión, uso de lentes de contacto y/o anteojos.

Sordera o hipoacusia de leve a grave y/o uso de audífono..... () ()

Vértigo, alteraciones de equilibrio, mareos o desmayos..... () ()

Afecciones neurológicas, temblores, miopatías, disritmia cerebral o epilepsia..... () ()
u otra enfermedad del sistema nervioso central o periférico.

Afecciones psíquicas..... () ()

Toda otra afección que no permita una segura conducción del..... () ()
O los vehículos incluidos en la clase de licencia que se gestiona.

Declaro bajo juramento que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsificar..... () ()
Dato alguno que debe contener y es fiel expresión de la verdad.

Grupo Sanguíneo:

Firma:..... Aclaración:.....

Declaro bajo juramento no poseer deuda alimentaria.

Fecha:..... Firma:..... Aclaración:.....