

**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:.....