

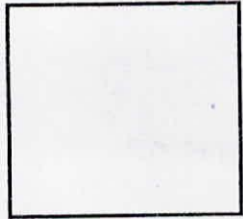
PSICO	Evaluación Psicofísica del Conductor		
	12/03/2015	I	I
	Fecha de Emisión	Versión	Revisión

Gobierno de San Luis

LEGAJO N°

Ministerio de Gobierno, Justicia, Culto y Transporte

APELLIDO:
 NOMBRE (S):
 D.N.I. N° L.E N°
 FECHA DE NACIMIENTO.. EDAD
 NACIONALIDAD ESTADO CIVIL
 DOMICILIO:
 Calle N° Piso Dpto.
 Localidad: C.P: Prov..... Tel.



ANTIGÜEDAD COMO CONDUCTOR DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS

EMPRESA A LA QUE PERTERNECE Y/O INGRESA

CLINICA MEDICA

Estado Actual:
 Pesa:..... Alt.:
 Aparato Respiratorio
 Aparato Circulatorio Auscultación T. | Mx
 A | Min
 F.C
 Abdomen
 Examen Neurológico

OBSERVACIONES ADICIONALES DEL MEDICO INTERVINIENTE

Alérgico: SI NO
 Detallar:

APTO	
SI	NO
Tachar lo que no corresponda	

LEY N° 24.193 modif. Ley 26.326
 Transplante de Órganos y Materiales
 Anatómicos Humanos

Manifiesto Donar Órganos SI NO Marcar con una "X" según corresponda

Lugar:
 Fecha:/...../.....

Firma Titular

Firma y Sello del Profesional Actuante

Fecha

OTORRINOLARINGOLOGIA

Agudeza Auditiva

APTO	
SI	NO
Tachar lo que no corresponda	

Firma del Profesional

Aclaración

Fecha:/...../.....

OFTALMOLOGIA

Agudeza Visual	Sin Corrección: O.D. O.I.
	Con Corrección: O.D. O.I.
	Corrección:
Visión Cromática	Cartel de Prueba
	Tabla de Ishiara
	Lanas de Holmgren

EXAMEN DEFINITIVO

Ojo Externo
 Movilidad Ocular
 Reflejos: Directo Consensual

Agudeza Visual	Sin Corrección: O.D. O.I.
	Con Corrección: O.D. O.I.
	Corrección:
Visión Cromática	Cartel de Prueba
	Tabla de Ishiara
	Lanas de Holmgren

OBSERVACIONES ADICIONALES DEL MEDICO INTERVINIENTE

ANTEOJOS: SI NO Marcar con una "X" según corresponda

APTO	
SI	NO
Tachar lo que no corresponda	

.....
 Firma del Profesional Aclaración Fecha:/...../.....

PSIQUIATRIA (O PSICOLOGO)

IV

.....

APTO	
SI	NO
Tachar lo que no corresponda	

.....
 Firma del Profesional Aclaración Fecha:/...../.....

LABORATORIO

V

ORINA	Densidad	SANGRE	Serología de:
	Albúmia		VDRI
	Glucosa		Chagas
	Grupo Sanguíneo		

.....
 Firma del Profesional Aclaración Fecha:/...../.....

RADIOLOGIA

Tórax:

.....
 Firma del Profesional Aclaración Fecha:/...../.....

.....
 Firma del Solicitante Aclaración D.N.I

Aprobación Calidad	Aprobación Legal	Aprobación Dueño
Coordinador de Calidad	Jefe de Oficina Legal	Jefe de Programa Transporte para Todos