

El interesado declara no haber desfigurado la verdad ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto en el reconocimiento psicofísico al que ha sido sometido

firma interesado

DP - DATOS PERSONALES Conducción

ID VISITA: _____

1. Num de Expediente:	2. Edad:	3. Sexo:	4. Obt./pro.:	5. Tipo Permiso:	6. Nacionalidad:
7. Kilometros Recorridos					
Día Laboral:	Fin de semana:	7.1 Año	7.2 % ciudad	7.3 % carretera	

8. ¿Has tenido alguna retirada o pérdida de puntos del permiso de conducir?	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha sufrido accidentes de tráfico graves* (con heridos o víctimas) en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se somete a revisiones médicas en el trabajo?	<input type="checkbox"/>
11. ¿Utiliza el coche para trabajar o ir al trabajo?	<input type="checkbox"/>
12. ¿En que trabaja? Profesión:	

AS - ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

sí

1. ¿Padece alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/>						
2. ¿Ha estado ingresado en un hospital?	<input type="checkbox"/>						
3. Ha sido intervenido de	SÍ		SÍ		SÍ		
3.1 Trasplante renal	<input type="checkbox"/>	3.4 Trasplante cardíaco	<input type="checkbox"/>	3.7 Desfibrilador sincron.	<input type="checkbox"/>		
3.2 Trasplante hepático	<input type="checkbox"/>	3.5 Implante valvular	<input type="checkbox"/>	3.8 By-pass coronario	<input type="checkbox"/>		
3.3 Trasplante pulmonar	<input type="checkbox"/>	3.6 Marcapasos	<input type="checkbox"/>	3.9 Revascul. percutánea	<input type="checkbox"/>		
4. ¿Toma algún medicamento o sigue algún tratamiento en la actualidad?	<input type="checkbox"/>						
Medicamentos	Duración	Prescriptor					
4.1 Antidiabéticos	<input type="checkbox"/>	4.3 Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	4.6 Antihistamínicos	<input type="checkbox"/>	4.8.a Tranquiliz. o hipn	<input type="checkbox"/>
4.1.a Insulina	<input type="checkbox"/>	4.4 Analgésicos	<input type="checkbox"/>	4.7 Anticonvulsivos	<input type="checkbox"/>	4.9 Otros	<input type="checkbox"/>
4.2 Anticoagulantes (sintrom*)	<input type="checkbox"/>	4.5 Hipotensores	<input type="checkbox"/>	4.8 Antidepresivos	<input type="checkbox"/>		

AMG - ANAMNESIS MEDICINA GENERAL

	SÍ		SÍ	
1. ¿Tiene dificultad para oír?	<input type="checkbox"/>	7. ¿Ha sufrido convulsiones (epilepsia)?	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Sufre o ha sufrido mareos o vértigos?	<input type="checkbox"/>	8. ¿Se ha desmayado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Tiene dificultad para realizar algún movimiento?	<input type="checkbox"/>	9. ¿Se le olvidan las cosas fácilmente?	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Ha padecido/padece enfermed. del corazón?	<input type="checkbox"/>	10. ¿Le entra sueño con facilidad?	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Le cuesta respirar durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	11. ¿Ronca habitualmente?	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Ha tenido palpitaciones o fatiga?	<input type="checkbox"/>	12. ¿Tiene dificultad para dormir?	<input type="checkbox"/>	
13. ¿Cómo tiene su tensión arterial?	13.1 Alta <input type="radio"/>	13.2 normal <input type="radio"/>	13.3 baja <input type="radio"/>	13.4 n.s. <input type="radio"/>
14. ¿Toma bebidas alcohólicas?	14.1 nunca <input type="radio"/>	14.2 en ocasiones <input type="radio"/>	14.3 1 ó más a la semana <input type="radio"/>	
UBE día normal		UBE fin de semana		14.4 UBE semana
15. ¿Ha tomado usted alguna sustancia (estupefacientes) en el último año?	<input type="checkbox"/>			

EMG - EXPLORACIÓN MEDICINA GENERAL (*) Solo si está indicado

Audiometría	500	1000	2000	4000	PR?
OD					1.1 IPC > 35% <input type="checkbox"/>
OI					1.2 IPC > 45% <input type="checkbox"/>
IPC % = $\frac{(PTMOM \times 7) + PTNOP}{8}$					

Inspección General

2. Inspección general...	PR?	4. Talla (*)	PR?
3. Piel y mucosas ...	<input type="checkbox"/>	5. Peso (*)	<input type="checkbox"/>

Locomotor/Neurológico

6. Limitaciones anatómicas	PR?	6.1 Amputaciones	PR?	6.2 Deformidades/rigideces	PR?
7. Limitaciones funcionales	<input type="checkbox"/>	7.1 Fuerza y tono muscular	<input type="checkbox"/>	7.2 Temblores	<input type="checkbox"/>

Cardio/Respiratorio

8. Inspección ...	PR?	11. Disnea	PR?	14. Frecuencia	PR?
9. Auscultación C/R	<input type="checkbox"/>	12. IC-NYHA	<input type="checkbox"/>		
10. SAOS	<input type="checkbox"/>	13. Ritmo	<input type="checkbox"/>		
15.1 Hipertensión Controlada <input type="radio"/>	15.2 Hipertensión no controlada <input type="radio"/>	15.3 Hipotensión <input type="radio"/>	ninguna <input type="radio"/>		
5. T.A. (mmHg)		Frecuencia: Sístoles/minuto		Ritmo: regular <input type="radio"/>	irregular <input type="radio"/>

DPMG - DICTAMEN PARCIAL

1. NO APTO	<input type="checkbox"/>
2. INTERRUPTO	<input type="checkbox"/>
3. APTO CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>
4. APTO	<input type="checkbox"/>

Facultativo: _____

AO - ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA

sí

sí

1. ¿Ha ido al oftalmólogo en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	4. ¿Le han operado de la vista?	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad en los ojos?	<input type="checkbox"/>	5. ¿Usa gafas o lentillas?	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sigue algún tratamiento para la vista?	<input type="checkbox"/>		

EO - EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA (*) Solo si está indicado

PR?

	Sin corrección	Con corrección		Normal	
OD	1.1	1.4	1. Agudeza visual		<input type="checkbox"/>
			2. Dioptrías	OD: <input type="checkbox"/> Ol: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OI	1.2	1.5	3. Afaqias/pseudofaquia	OD: <input type="checkbox"/> Ol: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			4. Cirugía refractiva	OD: <input type="checkbox"/> Ol: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AO	1.3	1.6	5. Campo central	OD: <input type="checkbox"/> Ol: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			6. T.R. deslumbramiento (en segundos)		<input type="checkbox"/>
			7. Visión mesópica (Test de Pelli-Robson)	OD: <input type="checkbox"/> Ol: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			11. Presión intraocular (mmHg) (*)	OD: <input type="checkbox"/> Ol: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			12. Fondo de ojo (*)	OD: <input type="checkbox"/> Ol: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Motilidad ocular PR?

8.1 estrabismo	<input type="checkbox"/>
8.2 forias	<input type="checkbox"/>
8.3 nistagmus	<input type="checkbox"/>
8.4 diplopía	<input type="checkbox"/>
9. Visión de colores (*)	<input type="checkbox"/>
10. Perimetría: otros meridianos (*)	<input type="checkbox"/>

DPO - DICTAMEN PARCIAL

1. NO APTO	<input type="checkbox"/>
2. INTERRUMPIDO	<input type="checkbox"/>
3. APTO CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>
4. APTO	<input type="checkbox"/>

Facultativo:

AP - ANAMNESIS AP PSICOLÓGICA

sí

sí

1. Ha tomado/toma pastillas para los nervios, la depresión o para dormir	<input type="checkbox"/>	3. Inestabilidad laboral, social o familiar	<input type="checkbox"/>
2. Ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico	<input type="checkbox"/>	4. Ha tenido alguna baja laboral prolongada	<input type="checkbox"/>

EP - GENERAL

Ait.

Ait.

Ait.

Ait.

1. Aseo personal	<input type="checkbox"/>	2. Lenguaje	<input type="checkbox"/>	3. Gestos	<input type="checkbox"/>	4. Conducta (signos externos)	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------

Aptitud Perceptivo-Motora

Ait.

Ait.

Ait.

5. Aptitud perceptivo motora	<input type="checkbox"/>	5.1 Calidad de ejecución	<input type="checkbox"/>	5.2 Comprensión instrucciones	<input type="checkbox"/>
5.3 Atención	<input type="checkbox"/>	5.4 Concentración	<input type="checkbox"/>	5.5 Nerviosismo-tranquilidad	<input type="checkbox"/>
5.a Velocidad anticipación	PC TM	pre	ret		<input type="checkbox"/>
5.b Coordinación bimanual	PC TE	PC NE			<input type="checkbox"/>
5.c Tiempo reacción múltiple	PC MR	PC NE			<input type="checkbox"/>
5.d Inteligencia práctica					<input type="checkbox"/>

Trastornos Mentales y de Conducta

sí

6. Psicosis	<input type="checkbox"/>
7. Depresión/ansiedad	<input type="checkbox"/>
8. Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/>
9. Trastornos de la inteligencia	<input type="checkbox"/>

DPP - DICTAMEN PARCIAL

1. NO APTO	<input type="checkbox"/>
2. INTERRUMPIDO	<input type="checkbox"/>
3. APTO CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>
4. APTO	<input type="checkbox"/>

Facultativo:

DF - DICTAMEN FINAL

1. Comentarios					
2. Administración de CONSEJO:					
Código motivo	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5
3. INTERRUMPIDO:					
Código motivo	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5
4. PETICIÓN DE INFORME:					
Fecha recepción informe y/o emisión del dictamen final					
5. Enfermedades o deficiencias recogidas en el informe (anexo IV)					
Código:	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5
6. Observaciones recogidas en el informe (adaptaciones y/o restricciones)					
Código:	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5

7. NO APTO	<input type="checkbox"/>
8. APTO CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>
9. APTO	<input type="checkbox"/>
Director:	<input type="text"/>
FIRMA DIRECTOR O DIRECTOR FACULTATIVO	