

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 del interesado _____

DATOS PERSONALES

1. Nº. de expediente:	2. Edad	3. Sexo	4: Obtención/Prórroga:	5. Clase de permiso:	
6.1. Nacionalidad Española	7. Km. recorridos:				
	Día Laboral	Fin Semana	7.1 Año	7.2. % por ciudad	7.3. % por carretera
6.2. Otras					
					Sí
8. ¿Ha tenido alguna retirada o pérdida de puntos del permiso de conducir?					
9. ¿Ha sufrido accidentes de tráfico graves* (con heridos o víctimas) en los últimos cinco años?					
10. ¿Se somete a revisiones médicas en el trabajo?					
11. ¿Utiliza el coche para trabajar o ir al trabajo?					
12. ¿En que trabaja? Profesión:					

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

					Sí
1. ¿Padece alguna enfermedad?					
2. ¿Ha estado ingresado en un hospital?					
3. Ha sido intervenido de:					Sí
	Sí		Sí		Sí
3.1. Trasplante Renal		3.4. Trasplante Cardiaco		3.7. Desfibrilador sincro.	
3.2. Trasplante Hepático		3.5. Implante Valvular		3.8. By-pass coronario	
3.3. Trasplante Pulmonar		3.6. Marcapasos		3.9. Revascularización percutánea	
4. ¿Toma algún medicamento o sigue algún tratamiento en la actualidad?					
Prescriptor					
Medicamento	Dosis / Duración (meses)	Médico	Farmacia	Autom.	
4.1. Antidiabéticos/ Insulina		4.4. Analgésicos		4.7. Anticonvulsionantes	
4.2. Anticoagulantes (sintrom*)		4.5. Hipotensores		4.8. Psicótopos	
4.3. Quimioterapia		4.6 Antihistamínicos		4.9. Otros	

AMG- ANAMNESIS M. GENERALES

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

EMG-EXPLORACIÓN MEDICINA GENERAL: (* = solo en caso de estar indicado)

Audiometría

	500	1000	2000	4000		PR?
OD					1.1. IPC>35%	
					1.2. IPC>45%	
OI					*IPC % = $\frac{(PTMON \times 7) + PTNOP}{8}$	

INSPECCIÓN GENERAL:

	PR?		PR?
2. Inspección general...		4. Talla	*
3. Piel y mucosas...		5. Peso	*

LOCOMOTOR/ NEUROLÓGICO:

	PR?		PR?
6. Limitaciones anatómicas		7. Limitaciones funcionales	
6.1. Amputaciones		7.1. Fuerza y tono muscular	
6.2. Deformidades/ rigideces		7.2. Temblores	

CARDIO/RESPIRATORIO:

	PR?		PR?		PR?
8. Inspección...		12. IC-NYHA (I,II,III,IV)		15.1. Hipertensión controlada	
9. Auscultación C/R		13. Ritmo		15.2. Hipertensión no controlada	
10. SAOS		14. Frecuencia		15.3. Hipotensión	
11. Disnea					
15. T. A. (mmHg)		Frecuencia: Sístoles/minuto		Ritmo: Regular/Irregular	

DPMG: DICTAMEN PARCIAL:

	Si	
1. NO APTO		FIRMA DEL FACULTATIVO
2. INTERRUMPIDO		
3. APTO CON RESTRICCIONES		
4. APTO		

AO ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA

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

EO EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA (* = solo en caso de estar indicado)

	Sin corrección	Con corrección					PR?
OD	1.1.	1.4.	1. Agudeza visual				
			2. Dioptrías	OD:	OI:		
			3. Afaquias/ pseudofaquia	OD:	OI:		
OI	1.2.	1.5.	4. Cirugía refractiva				
			5. Campo central				
			6. T. R. deslumbramiento				
AO	1.3.	1.6.	7. Visión mesópica				
			8. Motilidad ocular		8.1. estrabismo	8.2. forias	
					8.3. nistagmus	8.4. diplopía	
	9. Visión de colores*		11. Presión intraocular*		OD:	OI:	
	10. Perimetría: otros meridianos*		12. Fondo de ojo*		OD:	OI:	

DPTO - DICTAMEN PARCIAL

	Sí	
1. NO APTO		FIRMA DEL FACULTATIVO
2. INTERRUMPIDO		
3. APTO CON RESTRICCIONES		
4. APTO		

AP – ANAMNESIS PSICOLÓGICA

	Sí	Sí
1. ¿Ha tomado o toma pastillas para los nervios, la depresión o para dormir?		3. Inestabilidad laboral, social o familiar
2. ¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico?		4. ¿Ha tenido alguna baja laboral prolongada?

EP – GENERAL

	Alt.	Alt.	Alterado
1. Aseo personal		2. Lenguaje	4. Conducta (signos externos)
		3. Gestos	

APTITUD PERCEPTIVO-MOTORA

	Alt.
5. Aptitud perceptivo motora	
5.1. Calidad de ejecución, 5.2. Comprensión instrucciones, 5.3. Atención, 5.4. Concentración, 5.5. Nerviosismo-Tranquilidad	
5.a. Velocidad anticipada	PC TM pre ret
5.b. Coordinación bimanual	PC TT PC NT
5.c. Tiempo reacción múltiple	PC MR PC ER
5.d. Inteligencia práctica	

TRANSTORNOS MENTALES Y DE CONDUCTA

	Sí	Sí
6. Psicosis		8. Deterioro cognitivo
7. Depresión/ ansiedad		9. Trastornos de la inteligencia

DPP – DICTAMEN PARCIAL

1. NO APTO		FIRMA DEL FACULTATIVO
2. INTERRUMPIDO		
3. APTO CON RESTRICCIONES		
4. APTO		

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 de 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 o deficiencias recogidas en el informe:					
Código INT/4151/2004	6.1.	6.2.	6.3.	6.4.	6.5.

7. NO APTO		FIRMA DEL DIRECTOR O DIRECTOR FACULTATIVO
8. APTO CON RESTRICCIONES		
9. APTO		