EXAMEN DE APTITUD PSICOFÍSICA

Datos personales

Apellidos y Nombres del solicitante: _____

Tipo y Número de Documento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Grupo sanguíneo declarado _____ Factor R _____

Clase/s de Licencia/s solicitada/s: ☐☐☐■☐☐☐■☐☐☐

Fecha: ☐☐■☐☐■☐☐☐☐

EXAMEN FÍSICO

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Pulso: _____ Presión arterial: _____ Talla: _____ Peso: _____

Lenguaje: Dificultades en la alteración de la palabra: _____

Postura y marcha: Dificultades funcionales: _____

Movilidad y funcionalidad de cuello y columna: _____

Funcionalidad e integridad de miembros superiores e inferiores: _____

Observaciones: .....

EXÁMENES SENSORIALES

Visión

Agudeza visual	Ojo izquierdo	Visión bonicular	Ojo derecho	Observaciones
1/10				
2/10				
3/10				
4/10				
5/10				
6/10				
7/10				
8/10				
9/10				
10/10				

En personas con baja agudeza visual se deberá realizar un exámen oftalmológico completo que incluya CVC (campo visual computarizado) y FO (fondo de ojo).
En personas mayores de 60 años, diabéticos, y/o que tengan alguna patología de retina, se deberá solicitar un FO (fondo de ojo).

Campimetría	OD	OI	Perimetría	OD	OI	Observaciones
45º (nasal)			70º			
55º temporal			80º			

Discriminación de colores - Isihara

Colores	Primarios	Colores	Ishihara		Observaciones
A			A	D	
B			B	E	
C			C	F	
D					

Visión de profundidad

Profundidad	Señales de tránsito	Rombos			Observaciones
Primera fila		1	4	7	
Segunda fila		2	5	8	
Tercera fila		3	6	9	

Vida nocturna: ***Encandilamiento:***

Recuperación al encandilamiento:

Forias	Horizontal	Vertical	Observaciones

Audiometría	OD	OI	Audiometría	OD	OI	Observaciones
500 HZ			3000 HZ			
1000 HZ			4000 HZ			
2000 HZ			5000 HZ			

EXÁMENES PSICOMÉTRICOS

1. Velocidad de Anticipación				2. Coordinación Bi Manual				3. Reacciones Multiples				4. Atención concentrada Reacción a la Monotonia			
Concepto	1º	2º	3º	Concepto	1º	2º	3º	Concepto	1º	2º	3º	Concepto	1º	2º	3º
TMD				TT				AC				AC			
DMD				PE				NC				NC			
TAF				NT				TMR				TMR			
TAR								TMRA				TMRA			
NTC								RD				ER			
								ER							

RESULTADO EXAMEN FÍSICO Fecha:

APTO	NO APTO	Interconsulta 1	APTO PARCIAL 2	Tiempo de validez (en meses)

1 - Se requiere INTERCONSULTA o examen complementario sobre patología: ....
2 - Indicar expresamente las Licencias para las cuales resulta **NO APTO:** ....
Razones del NO APTO: ....

OBSERVACIONES: ....
....

Firma, sello y matrícula del Profesional

Fecha: ☐☐ ☐☐ ☐☐ En el día de la fecha recibo **informe de interconsulta** solicitada oportunamente sobre patología ....

....realizada por el Dr.. Médico especialista,

....................................cuyo informe se adjunta a la documental del solicitante con el siguiente Resultado: **APTO** ☐ **NO APTO** ☐ **APTO PARCIAL 3** ☐

3 - Indicar expresamente las Licencias para las cuales resulta **NO APTO:** ....
Razones del No Apto:..

Clases para las que resulta APTO ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ **Tiempo de validez** (en meses)

Firma, sello y matrícula del Profesional

RESULTADO EXAMEN PSIQUICO/PSICOLÓGICO Fecha:

Tiempo de reacción: ....
Coodinación motríz: ....
Inteligencia: ....
Salud Mental: ....

RESULTADO EXAMEN PSIQUICO Fecha:

APTO	NO APTO	APTO PARCIAL	Interconsulta	Tiempo de validez (en meses)

1 - Se requiere INTERCONSULTA o examen complementario sobre patología: ....
2 - Indicar expresamente las Licencias para las cuales resulta **NO APTO:** ....
Razones del NO APTO: ....

OBSERVACIONES: ....
....

Firma, sello y matrícula del Profesional

Fecha: ☐☐ ☐☐ ☐☐ En el día de la fecha recibo **informe de interconsulta** solicitada oportunamente sobre patología ....

....realizada por el Dr.. Médico especialista,

....................................cuyo informe se adjunta a la documental del solicitante con el siguiente Resultado: **APTO** ☐ **NO APTO** ☐ **APTO PARTCIAL 3** ☐

3 - Indicar expresamente las Licencias para las cuales resulta **NO APTO:** ....
Razones del No Apto:..

Clases para las que resulta APTO ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ **Tiempo de validez** (en meses)

Firma, sello y matrícula del Profesional

RESULTADO INTEGRADO EXAMEN PSICOFÍSICO Fecha:

APTO	NO APTO	APTO PARCIAL 6	Tiempo de validez (en meses)

RESTRICCIONES/OBSERVACIONES

6 - Indicar expresamente las Licencias para las cuales resulta **NO APTO:** ....
Razones del No Apto:..

Clases para las que resulta APTO ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

Firma, sello y matrícula del Profesional

OBSERVACIONES: ....