

CUESTIONARIO MÉDICO

NO use este formulario para requisitos de licencia comercial.

El solicitante completa este formulario.

INSTRUCCIONES: Por favor marque "Sí" o "No" en cada pregunta y explique cualquier respuesta(s) afirmativa(s) en el espacio proporcionado al pie de la página o en una hoja adjunta. Si usted no está seguro de cómo debe contestarse cierta pregunta, póngase en contacto con su médico para que lo asista. Todas las respuestas afirmativas pueden requerir que el DMV se comuniquen con su médico sobre sus condiciones médicas antes de que el DMV pueda emitirle una licencia. **Usted debe presentar un cuestionario médico cada dos años.**

SECCIÓN 1 — POR FAVOR INFÓRMENOS SOBRE USTED

NOMBRE COMPLETO Y VERDADERO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA ()

SECCIÓN 2 — PREGUNTAS SOBRE SALUD

	SI	NO
1. ¿Tiene dificultad para reconocer los colores rojo, verde y ámbar que se usan en las señales de tráfico (semáforos) y aparatos?	☐	☐
2. ¿Es su campo visual periférico menor de 70° hacia el lado en cualquiera de los dos ojos?	☐	☐
3. ¿Tiene dificultad para oír un murmullo con su mejor oído a no menos de cinco (5) pies de distancia con o sin un aparato para oír? ...	☐	☐
4. ¿Padece usted de un deterioro visual en cualquiera de los dos ojos que no puede corregirse a 20/40 o mejor?	☐	☐
5. (A) usted:		
a. ¿le falta un pie, pierna, mano, dedo o brazo?	☐	☐
b. ¿tiene un impedimento en la mano o dedo?	☐	☐
c. ¿padece de cualquier otro impedimento del brazo, pie, pierna o cualquier otra limitación?	☐	☐
6. ¿Padece usted de diabetes que exija el uso de insulina?	☐	☐
a. ¿Ha sufrido usted un episodio de hipoglucemia en los últimos tres (3) años?	☐	☐
b. ¿Ha sufrido cualquier otra reacción adversa relacionada con la diabetes en los últimos tres (3) años?	☐	☐
7. ¿Ha padecido de un ataque al corazón, angina de pecho, insuficiencia coronaria, trombosis, derrame cerebral, u otro problema cardíaco o enfermedad cardiovascular?	☐	☐
Si contestó "sí", ¿ha padecido de dificultad para respirar, desmayos, colapso, o insuficiencia congestiva cardíaca u otros síntomas en los últimos tres (3) años?	☐	☐
8. ¿Le han diagnosticado una condición respiratoria tal como enfisema, asma crónica o tuberculosis?	☐	☐
Si usted contestó "sí", ¿es probable que su condición perjudique su capacidad para manejar sin peligro un vehículo motorizado?	☐	☐
9. ¿Le han diagnosticado alta presión arterial?	☐	☐
Si contestó "sí", ¿es su presión arterial generalmente 140/90 ó más alta?	☐	☐
10. ¿Alguna vez le han diagnosticado una enfermedad reumática, artrítica, ortopédica, muscular, neuromuscular o vascular?	☐	☐
Si contestó "sí", ¿es probable que su condición perjudique su capacidad para manejar sin peligro un vehículo motorizado?	☐	☐
11. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad mental, nerviosa, orgánica o funcional, o trastorno psiquiátrico?	☐	☐
Si contestó "sí", ¿es probable que su condición perjudique su capacidad para manejar sin peligro un vehículo motorizado?	☐	☐
12. ¿Le han diagnosticado epilepsia u otra condición que pueda ocasionarle pérdida del conocimiento o control?	☐	☐
Si contestó "sí", ¿ha tenido una pérdida del conocimiento o de control en los últimos tres (3) años?	☐	☐
13. ¿Usa usted sustancias controladas, anfetaminas, narcóticos o cualquier otro estupefaciente (droga) que cause adicción?	☐	☐
Si contestó "sí": a. ¿Recetó su médico esta droga?	☐	☐
b. ¿Le aconsejó su médico que NO maneje cuando esté tomando esta droga?	☐	☐
14. ¿Actualmente lo han diagnosticado como alcohólico?	☐	☐
Si contestó "sí", ¿cuándo fue la última vez que tomó una bebida alcohólica?	☐	☐

EXPLIQUE AQUÍ CUALQUIER PREGUNTA CONTESTADA "SÍ"

NOMBRE DEL MÉDICO (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)	FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA
DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO DEL MÉDICO	NÚMERO DE TEL. DEL MÉDICO ()

Certifico (o declaro) bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto. Por la presente, doy mi consentimiento al médico nombrado arriba para que libere esta información médica.

FIRMA DEL CONDUCTOR	FECHA
X	
DMV EXAMINER'S SIGNATURE	ID NUMBER
USE X	OFFICE
	DATE