

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

EXPLIQUE AQUÍ CUALQUIER PREGUNTA CONTESTADA "SI"

| | |
|---|---------------------------------------|
| 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 X | FECHA |
| DMV EXAMINER'S SIGNATURE USE X | ID NUMBER |
| | OFFICE |
| | DATE |