

DMV USE ONLY
 Updated by _____

INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO: Por favor marque "Sí" o "No" para cada pregunta y explique cualesquier respuestas afirmativas en el espacio proporcionado o en una hoja adjunta. **El solicitante debe presentar un cuestionario médico cada dos años. Excepción: Los Instructores de Escuelas de Manejo tienen que completar el cuestionario médico cada tres años.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Y VERDADERO		FECHA DE NACIMIENTO / /	NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO DE DÍA ()

PREGUNTAS SOBRE SALUD

	SÍ	NO
1. ¿Tiene el paciente dificultad para ver los colores rojo, verde y ámbar que se usan en las señales de tráfico (semáforos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es el campo visual periférico del paciente menor de 70° hacia el lado en cualquiera de los dos ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene el paciente dificultad para oír un murmullo en voz alta con su mejor oído a cinco pies de distancia con o sin un aparato para oír?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Padece el paciente de un deterioro visual en uno o ambos ojos que no pueda corregirse a 20/40 o mejor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Al paciente:		
a. ¿le falta un pie, pierna, mano, dedo o brazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿tiene un impedimento en la mano, dedo, brazo, pie, pierna o cualquier otra limitación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Padece el paciente de diabetes que exija el uso de insulina para control?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Ha sufrido el paciente un episodio de hipoglucemia o cualquier otra reacción adversa relacionada con la diabetes en los últimos tres (3) años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha padecido el paciente de un ataque al corazón, angina de pecho, insuficiencia coronaria, trombosis, infarto, u otro problema cardíaco o enfermedad cardiovascular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si contestó "sí", ¿ha padecido el paciente de respiración difícil, 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 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 al paciente alta presión arterial de 140/90 o más alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Padece el paciente actualmente o ha padecido alguna vez de una enfermedad reumática, artrítica, ortopédica, muscular, neuromuscular o vascular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si contestó "sí", ¿es probable que su condición perjudique la capacidad del paciente para manejar sin peligro un vehículo motorizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Le han diagnosticado al paciente alguna enfermedad mental, nerviosa, orgánica o funcional, o trastorno psiquiátrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si contestó "sí", ¿es probable que la condición perjudique la capacidad del paciente para manejar sin peligro un vehículo motorizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le han diagnosticado al paciente 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 el paciente sustancias controladas, anfetaminas, narcóticos o cualquier otro estupefaciente (droga) envenenador(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si contestó "sí", ¿es probable que la droga pueda interferir con la capacidad del paciente para manejar sin peligro un vehículo motorizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene el paciente un historial de alcoholismo o ha sido diagnosticado como alcohólico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agudeza Visual: Tiene que ser de por lo menos 20/40 en cada ojo con/sin lentes.

SIN CORREGIR	CORREGIDA	¿LENTE DE CONTACTO?
Ambos 20/___	20/___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Izquierdo 20/___	20/___	¿Están bien adaptados y son tolerables? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Derecho 20/___	20/___	

Presión Arterial: Si constantemente es de 140/90 mm. Hg., o más alta, es posible que se requieran más exámenes para determinar si el conductor está capacitado.

Sistólico	Diastólico
-----------	------------

EXPLIQUE AQUÍ CUALQUIER PREGUNTA CONTESTADA "SÍ"

He examinado al solicitante arriba mencionado y encuentro que el paciente no tiene impedimento físico o una condición que le excluya de:
 Manejar una Casa Rodante de 40+ pies o más. De ser un Instructor de Escuela de Manejo

NOMBRE DEL MÉDICO (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)	FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA Mes _____ Año _____
DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO DEL MÉDICO	NO. DE TEL. DEL MÉDICO ()
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA DEL EXAMEN
	LICENCIA O NO. DE CERTIFICADO/ESTADO DE EMISIÓN

X

Certifico bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto y doy mi consentimiento al médico nombrado arriba para que libere esta información médica.

FIRMA DEL CONDUCTOR	FECHA
---------------------	-------

X

DMV USE	EXAMINER'S SIGNATURE	ID NUMBER	OFFICE	DATE
	X			