



MUNICIPALIDAD DE:

CÓDIGO COMUNAL:

CENTRO DE RECONOCIMIENTO:

Nombre y Apellido del examinado:

.....

FECHA:

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO.

Coloque una **crúz** donde corresponda.

APTO	<input type="checkbox"/>	
APTO CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>	(1)
NO APTO TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	(2)
NO APTO	<input type="checkbox"/>	

Coloque una **crúz** donde corresponda.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI	NO
ES DONANTE DE ÓRGANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(3)

En el caso de darse alguna de las opciones numeradas deberá detallarla en Observaciones.

OBSERVACIONES:

(1)

(2)

(3)

Firma y sello del médico.

Original para el examinado.
Copia deberá ser remitida al RUPAT.



EXÁMENES VARIOS

MUNICIPALIDAD DE:

CÓDIGO COMUNAL:

LEGAJO N °:

CLASE DE LICENCIA A TRAMITAR:

FICHA N °:

FECHA:

B.- EXÁMENES FÍSICOS – Para ser completado por el Médico.

1.- Miembros Superiores.

OBSERVACIONES.

2.- Miembros Inferiores.

OBSERVACIONES.

3.- Cuello.

OBSERVACIONES.

4.- Talla.

OBSERVACIONES.

C.- EXÁMENES SENSORIALES – Para ser completado por el Médico.

1.-Agudeza visual Binocular.

Ojo derecho		Ojo izquierdo		Suma	
-------------	--	---------------	--	------	--

1.-Agudeza visual Monocular.

Ojo derecho		Ojo izquierdo	
-------------	--	---------------	--

2.-Perimetría, Campimetría. Binocular.

Ojo derecho		Ojo izquierdo	
-------------	--	---------------	--

2.-Perimetría, Campimetría. Monocular.

Ojo derecho		Ojo izquierdo	
-------------	--	---------------	--

3.-Visión de Profundidad.

Señales		Optotipos	
---------	--	-----------	--

4.-Visión Mesópica.



--

5.-Encandilamiento y Recuperación al Encandilamiento

--

6.-Visión de colores (Discromatopsia).

Discriminación de colores			Discriminación colores básicos	

7.-Movimientos oculares. Balance muscular.

Foria vertical			Foria horizontal	

8.- Audiometría	500	1000	2000	3000	4000	8000	
Audición normal		Hipoacusia leve		Hipoacusia moderada		Hipoacusia severa	

D.- EXÁMENES DE PSICOMOTRICIDAD

Para ser completado por el Médico.

TEST DE:	RESULTADO.
1.- Velocidad de anticipación.	
2.- Coordinación Visomotriz. Bimanual.	
3.- Tiempo de reacciones múltiples.	

E.- EXÁMENES PSICOLÓGICOS

Para ser completado por el Psicólogo.

TEST DE:	RESULTADO.
1.- Toma de decisiones.	
2.- Personalidad.	

NOTA: Cuando el profesional interviniente necesite ampliar el contenido del presente formulario, lo hará agregando otros folios, los que deberán estar numerados y firmados por el profesional.

Firma y DNI del Declarante.

Firma y DNI del representante legal o tutor (Cuando el declarante sea menor de edad)

Firma y sello del médico.

Deberá ser remitido al RUPAT.