

El interesado declara no haber desfigurado la verdad ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto en el reconocimiento psicofísico al que ha sido sometido. Asimismo presta su consentimiento para la realización de las exploraciones de las aptitudes psicofísicas a que se refiere el anexo IV del Reglamento general de conductores y para su resultado sea reflejado en los correspondientes documentos, tratado automáticamente y cedido a los órganos a que se refieren los artículos 15 y 23 del presente Reglamento y los Anexos I.2d)2º y I BIS.2(12) del Reglamento General de Conductores (Real Decreto 772/1997, modificado por el Real Decreto 1595/2004).

**DF DICTAMEN FINAL:**

1 Comentarios					
2 Administración de CONSEJO :					
Código motivo	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5
3 INTERRUMPIDO:					
Código motivo	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5
4 PETICIÓN DE INFOME:					
Fecha recepción informe y /o emisión del dictamen final					
5 Enfermedades o deficiencias recogidas en el informe (anexo IV)					
Código:	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5
6 Observaciones recogidas en el informe ( adaptaciones y/o restricciones)					
Código:	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
7 NO APTO					
8 APTO EXTRAORDINARIO					
9 APTO					
FIRMA DIRECTOR					

**DP DATOS PERSONALES**

1 Nº de expediente:		2 Edad:	3 Sexo:	4 Obt/pro:	5 Clase de perm:
6.1 Nacionalidad española		7 km recorridos			
		Día laboral	Fin de semana	7.1 Año	7.2 % ciudad
6.2 Otras:					7.3 % carretera
8 ¿Ha tenido alguna retirada o pérdida de puntos del permiso de conducir?					
9 ¿Ha sufrido accidentes de tráfico graves* (con heridos o víctimas) en los últimos 5 años?					
10 ¿Se somete a revisiones médicas en el trabajo?					
11 ¿Utiliza el coche para trabajar o ir al trabajo?					
12 ¿En que trabaja/profesión?:					

**AS ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL**

1 ¿Padece alguna enfermedad?					
2 ¿Ha estado ingresado en un hospital?					
3 Ha sido intervenido de ..?		SI		SI	
3.1 Trasplante renal		3.4 Trasplante cardiaco		3.7 Desfibrilador sincron	
3.2 Trasplante hepático		3.5 Implante valvular		3.8 By-pass coronario	
3.3 Trasplante pulmonar		3.6 Marcapasos		3.9 Revascul percutánea	
4 ¿Toma algún medicamento o sigue algún tratamiento en la actualidad?					
Medicamento		Duración (meses)		Prescriptor Med / Farm / Autom	
4.1 Antidiabéticos /Insulina					
4.2 Anticoagulantes (sintrón*)					
4.3 Quimioterapia					
4.4 Analgésicos					
4.5 Hipotensores					
4.6 Antihistamínicos					
4.7 Anticonvulsionantes					
4.8 Psicótopos					
4.9 Otros					

AMG-ANAMNESIS M. GENERAL		SI	SI
1 ¿Tiene dificultad para oír?		8 ¿Se ha desmayado alguna vez?	
2 ¿Sufre o ha sufrido mareos o vértigos?		9 ¿Se le olvidan las cosas fácilmente...?	
3 ¿Tiene dificultad para realizar algún movimiento?		10 ¿Le entra sueño con facilidad...?	
4 ¿Ha padecido/padece enfermedades del corazón?		11 ¿Ronca habitualmente...?	
5 ¿Le cuesta respirar durante el ejercicio?		12 ¿Tiene dificultad para dormir...?	
6 ¿Ha tenido palpitaciones o fatiga?		13 ¿Como tiene su tensión arter	13.1 alta
7 ¿Ha sufrido convulsiones (epilepsia)?		13.2 normal	13.3 baja 13.4 n.s.
14 ¿Toma bebidas alcohólicas?	14.1 nunca	14.2 en ocasiones	14.3 1 ó más semana
UBE día normal	UBE fin de semana	14.4 UBE semana	
15 Ha tomado usted alguna sustancia (porros, pastillas) en el último año.			

### EMG-EXPLORACIÓN MEDICINA GENERAL: (\* solo en caso de estar indicado)

Audiometría:	500	1000	2000	4000	PR ?
OD					1.1 IPC>35%
					1.2 IPC>45%
OI					IPC%= $\frac{(PTMOM \times 7) + PTNOP}{8}$ *

INSPECCION GENERAL:		PR ?	PR ?
2 Inspección general ...		4 Talla	*
3 Piel y mucosas ...		5 Peso	*

LOCOMOTOR/ NEUROLÓGICO:		PR ?	PR?
6 Limitaciones anatómicas		7 Limitaciones funcionales	
6.1 Amputaciones		7.1 Fuerza y tono muscular	
6.2 Deformidades/rigideces		7.2 Temblores	

CARDIO/RESPIRATORIO: PR ?		PR ?	PR ?
8 Inspección ...		12 IC- NYHA (I,II,III,IV)	
9 Auscultación C/R		13 Ritmo	
10 SAOS		14 Frecuencia	
11 Disnea		15.1 Hipertensión controlada	
		15.2 Hipert. No controlada	
		15.3 Hipotensión	
15 T.A. (mmHg)		Frecuencia : sístoles/minuto	Ritmo: regular/irregular

DPMG DICTAMEN PARCIAL:	SI
1 NO APTO	
2 INTERRUMPIDO	
3 APTO CON RESTRICCIONES	
4 APTO	

FIRMA FACULTATIVO

AO ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA	SI	SI
1 ¿Ha ido al oftalmólogo en los últimos 5 años?		4 ¿Le han operado de la vista?
2 ¿Ha tenido o tiene alguna enferm. en los ojos?		5 ¿Usa gafas o lentillas?
3 ¿Sigue algún tratamiento para la vista?		

### EO EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA (\* = solo en caso de estar indicado)

	Sin corrección	Con corrección	PR?	
OD	1.1	1.4	1 Agudeza visual	
			2 Dioptrías	OD OI
			3 Afaquias/pseudoafaquia	OD OI
OI	1.2	1.5	4 Cirugía refractiva	OD OI
			5 Campo central	OD OI
			6 T.R. deslumbramiento	
AO	1.3	1.6	7 Visión mesópica	OD OI
			8 Motilidad Ocular	8.1 Estrabismo 8.2 Forias 8.3 Nistagmus 8.4 Diplopía
			9 Visión de colores*	11 Presión intraocular* OD OD
10 Perimetría: otros meridianos*		12 Fondo de ojo* OI OI		

### DPO DICTAMEN PARCIAL

DPO DICTAMEN PARCIAL	SI
1 NO APTO	
2 INTERRUMPIDO	
3 APTO CON RESTRICCIONES	
4 APTO	

FIRMA FACULTATIVO

### AP-ANAMNESIS PSICOLÓGICA

AP-ANAMNESIS PSICOLÓGICA	SI
1 Ha tomado o toma pastillas para los nervios, la depresión o para dormir	
2 Ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico	
3 Inestabilidad laboral, social o familiar	
4 Ha tenido alguna baja laboral prolongada	

### EP-GENERAL

EP-GENERAL	alt.	alt.	alt.
1 Aseo personal		2 Lenguaje	
		3 Gestos	
		4 Conducta (signos externos)	

### APTITUD PERCEPTIVO-MOTORA

APTITUD PERCEPTIVO-MOTORA	alt.
5 Aptitud perceptivo motora	
5.1 Calidad de ejecución, 5.2 Comprensión instrucciones, 5.3 Atención, 5.4 Concentración, 5.5 Nerviosismo- tranquilidad	
5.a Velocidad anticipación	PC TM pre ret
5.b Coordinación bimanual	PC TT PCNT
5.c Tiempo reacción múltiple	PC MR PC ER
5.d Inteligencia práctica	

### TRASTORNOS MENTALES Y DE CONDUCTA

TRASTORNOS MENTALES Y DE CONDUCTA	SI
6 Psicosis	
7 Depresión /ansiedad	
8 Deterioro cognitivo	
9 Trastornos de la inteligencia	

### DPP DICTAMEN PARCIAL:

DPP DICTAMEN PARCIAL:	SI
1 NO APTO	
2 INTERRUMPIDO	
3 APTO CON RESTRICCIONES	
4 APTO	

FIRMA FACULTATIVO