

EVALUACION PSICOFISICO

Fecha/...../.....

Apellidos y nombres :

DomicilioTeléfono

DECLARACION JURADA
 Tiene actualmente o ha tenido alguna vez: (marque con una x)

- | | | |
|---|--|---|
| <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sin habla durante pocos minutos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausencias</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con su memoria</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos del equilibrio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con el habla</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con la orientación</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Que realizar electroencefalograma</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Psicológico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Neurológico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sordera o Hipoacusia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de audífonos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades en tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Internación Psiquiátrica</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento por alcoholismo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento por toxicomanía</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de Aire</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amputaciones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión disminuida</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa lentes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con anteced. de suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con anteced. sicóticos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con impulsos descontrol</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracturas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hijos Sanosvivos</p> |
|---|--|---|

		SI NO
Ha sido operado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De dónde:		
Tuvo que dejar de trabajar por razones de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivo :		
Le negaron alguna vez un seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivo :		
Hábitos : Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad por día :		
Ha utilizado drogas de abuso (coca, marihuana, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuándo :		
Toma bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuales y cuánto por día :		
Tiene sueño tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuántas horas duerme :		
Accidentes sufridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuándo y cómo :		

Estas respuestas tienen carácter de declaración jurada y deben ser llenada por el Interesado. La comprobación de omisión o falsedad, dará motivo de la suspensión del permiso otorgado.

Firma del interesado

EXAMEN PSIQUICO

A	ASPECTO:	Normal	Patológico
b	ORIENTACIÓN	Global	Desorientado
C	PENSAMIENTO DE CURSO ACELERADO :	Normal	Lento
		Disgregado	Fuga de ideas
D	CONCIENCIA :	De situación	De enfermedad
E	ATENCIÓN:	Normal	Paraprosexia
		Hipo-hiperprosexia	
F	SENSOPERCEPCIÓN:	Normal	Alucinaciones
G	AFFECTIVIDAD :	Eutimia	Hipertimia placentera
		Displacentera	Disminuida
H	CONTROL DE LOS IMPULSOS :	Adecuados	No adecuados
I	JUICIO:	Conservado	Desviado
		Disminuido	Desviado
J	INTELIGENCIA :	Normal	Déficit
		Insuficiente	