

DATOS DEL ASPIRANTE										
Fecha de Solicitud			DETALLES DEL TRAMITE QUE VA A REALIZAR				DATOS GENERALES			
DD	MM	AAAA	Mintransporte	CATEGORÍA	CATEGORÍA	Nombre:				
Firma: Acepto las condiciones del CRC.			Refrendar o Validar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CE. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> o CC <input type="checkbox"/> N°:				
			Obtener por 1ª vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
			Recategorizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Fecha de nacimiento:		Teléfono:		Dirección:		EPS / ARS / IPS		Acompañante (para menores de edad)		
DD	MM	AAAA								
Ocupación:			Necesidades especiales: <input type="checkbox"/> Otro idioma <input type="checkbox"/> Persona con Discapacidad <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>				Grupo Sanguíneo <input type="checkbox"/>			
			Cual:				Cual:			

DECLARACIÓN DEL USUARIO DE SU ESTADO DE SALUD

Capacidad Visual	1. ¿Usa Gafas o lentes de contacto?	Si	No
	2. ¿Le han hecho alguna cirugía ocular?	Si	No
	3. ¿Ha requerido o está en tratamiento visual?	Si	No
	4. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad ocular o una que le provoque pérdida de la visión?	Si	No
	5. ¿Ha presentado alguna vez pérdida repentina de la visión?	Si	No
	6. ¿Presenta disminución de la visión o confunde los colores, con la luz del atardecer o del amanecer?	Si	No
	7. ¿Presenta visión doble?	Si	No
	8. ¿Le han diagnosticado estrabismo o movimiento oscilatorio de los ojos?	Si	No
Capacidad Auditiva	9. ¿Usa prótesis auditiva (audífonos para la sordera)?	Si	No
	10. ¿Ha requerido o está en tratamiento auditivo?	Si	No
	11. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad auditiva?	Si	No
	12. ¿Sufre o ha sufrido de vértigos (pérdidas del equilibrio), rinitis, otitis, sonidos constantes (pitos)?	Si	No
Capacidad mental y de Coordinación Motriz	13. ¿Usa algún tipo de prótesis?	Si	No
	14. ¿Tiene algún tipo de movimientos involuntarios, temblores o alteraciones de la sensibilidad?	Si	No
	15. ¿Tiene alguna parálisis, deformidad o alteración física?	Si	No
	16. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad psiquiátrica?	Si	No
	17. ¿Ha sufrido convulsiones o pérdida de memoria transitoria?	Si	No
	18. ¿Reacciona con agresividad ante las presiones, los problemas o los malos resultados?	Si	No
	19. ¿Ha presentado alguna vez en su vida alucinaciones o ha oído voces?	Si	No
	20. ¿Se ha sumido en desanimo, inapetencia, angustia o sensación de que la vida no vale nada?	Si	No
	21. ¿Ha sufrido en su vida de convulsiones o momentos de ausencia?	Si	No
	22. ¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado ó está en estudio por algún trastorno mental?	Si	No
	23. ¿Tiene alteraciones del sueño como insomnio o sueño diurno?	Si	No
	24. ¿Ha sido declarado alcohólico o ha tenido en su vida épocas de consumo descontrolado de licor?	Si	No
	25. ¿Consume algún tipo de drogas psicoactivas o medicamentos para dormir?	Si	No
Capacidad Física General	26. ¿Le han practicado algún tipo cirugía?	Si	No
	27. ¿Consume o ha consumido en su vida algún medicamento en forma prolongada? (mas de un mes)	Si	No
	28. ¿Ha requerido o está en tratamiento medico?	Si	No
	29. ¿Ha sufrido algún infarto cardiaco?	Si	No
	30. ¿Lo han diagnosticado o está en estudio por enfermedades cardiacas o por hipertensión?	Si	No
	31. ¿Le han hecho algún tipo de intervención o implante cardiovascular? (Marcapasos o desfibrilador)	Si	No
	32. ¿Lo han diagnosticado o está en estudio por enfermedades del sistema respiratorio?	Si	No
	33. ¿Lo han diagnosticado o está en estudio por alteraciones de la coagulación sanguínea?	Si	No
	34. ¿Lo han diagnosticado o está en estudio por enfermedades hormonales o por diabetes?	Si	No
	35. ¿Lo han diagnosticado o estudiado por enfermedades de riñones o por enfermedades autoinmunes?	Si	No
36. ¿Tiene algún problema físico o psicológico que no se haya nombrado anteriormente?	Si	No	Cual: _____

