

ANEXO 1:**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD
(autoreporte)**

Se solicita que responda las siguientes preguntas referidas a su estado de salud. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial, de manera que puede contestar con sinceridad.

Si usted presenta problemas de salud, ello no es causa para impedir la obtención o renovación de su licencia de conducir, mientras tome los cuidados necesarios para efectuar una conducción segura.

El espíritu de estas medidas es resguardar su propia seguridad y salud, como las de todas las personas que comparten el espacio público.

| |
|--|
| <p><u>Declaración</u></p> <p>Yo, _____, RUN N° _____, estoy en conocimiento de que mi estado de salud puede incidir, en favor o en detrimento, de la seguridad vial, al momento de conducir un vehículo. Por ello declaro no faltar a la verdad ni ocultar información con respecto a la existencia, actual o pasada, de enfermedades físicas, enfermedades psíquicas, intervenciones o tratamientos médicos, a los que haya sido sometido(a).</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>Firma postulante</i></p> <p style="text-align: right;">Fecha:</p> |
|--|

DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| Nombre: | | Edad: | Sexo: | | |
| | | Peso: | Estatura: | | |
| Licencia Conductor que se posee (Marcar las que correspondan) | Profesionales: A-1: ____ A-2: ____ A-3: ____ A-4: ____ A-5: ____ | No Profesionales: B: ____ C: ____ | Especiales: D: ____ E: ____ F: ____ | Obtenidas antes del 08 marzo de 1997: A-1: ____ A-2: ____ | |
| NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA: _____ | | | | | |
| Estudios: E. Básica incompleta <input type="checkbox"/> E. Básica completa <input type="checkbox"/> E. Media <input type="checkbox"/> E. Superior <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Situación laboral: | Activo(a) <input type="checkbox"/> | Desempleado(a) <input type="checkbox"/> | Jubilado(a) <input type="checkbox"/> | | |
| | Estudiante <input type="checkbox"/> | Labores de casa <input type="checkbox"/> | Pensionado(a) <input type="checkbox"/> | | |
| Oficio/profesión : | | | | | |
| Jornada laboral: Diurna <input type="checkbox"/> Turno <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/> | | | | | |

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL (Marque lo que corresponda, una sola alternativa):

| ¿HA TENIDO O TIENE...? | |
|--|---|
| Válvula Cardíaca | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| By-pass Coronario | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Implante Marcapasos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Cataratas | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo? |
| Glaucoma | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo? |
| Enfermedad de la retina o mácula | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué ojo? |
| Operaciones de los ojos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa lentes de cerca? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa lentes de lejos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades u operaciones de los oídos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Mareos, vértigo o problemas de equilibrio | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa audífonos para escuchar mejor? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Desmayo o pérdida de conciencia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia o crisis convulsivas | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Pérdida de fuerza en extremidades | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Esclerosis Múltiple | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de Parkinson | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| TEC (traumatismo encéfalo craneano) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte de ella. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para hablar o escribir | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión arterial | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Se siente a menudo cansado, fatigado, o con sueño durante el día? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para respirar | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Palpitaciones | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Dolor en el pecho al hacer esfuerzos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Renal | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Olvidos frecuentes que le llamen la atención | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Problemas psicológicos o emocionales | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Trastornos psiquiátricos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|---|
| Cáncer | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? | |
| Enfermedad del hígado | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Accidente cerebro vascular o derrame cerebral | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Problemas para dormir | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| ¿Usted ronca? (más fuerte que hablar o se escucha en piezas vecinas) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| ¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Enfermedades del corazón | Insuficiencia cardíaca | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Infartos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Anginas de pecho | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Arritmias | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Operado de algo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿De qué? |
| Otra enfermedad | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? |
| ¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Por qué? |
| ¿Ha tomado o usado algún medicamento en último mes? | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Medicamento | Cantidad/día | ¿Por qué? |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (sólo en caso de control):

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| ¿Conduce usted? | Todos los días <input type="checkbox"/> | Algunos días de la semana <input type="checkbox"/> | |
| | Algunos días al mes <input type="checkbox"/> | Algunos días al año <input type="checkbox"/> | |
| ¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o trabajar? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| ¿Tiene evaluaciones periódicas con medico? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| ¿Conduce preferentemente en? | Ciudad <input type="checkbox"/> | Carretera <input type="checkbox"/> | Ambas <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas? | | | |

(Firma y RUN del Postulante)

DIARIO OFICIAL

DE LA REPUBLICA DE CHILE
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

I
SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 42.884

Jueves 18 de Febrero de 2021

Página 1 de 1

Normas Generales

CVE 1898501

MINISTERIO DE TRANSPORTES Y TELECOMUNICACIONES

LEY NÚM. 21.313

PRORROGA LA VIGENCIA DE LAS LICENCIAS DE CONDUCIR

Teniendo presente que el H. Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente proyecto de ley que tuvo su origen en moción de los Honorables senadores señoras Isabel Allende Bussi y Ximena Órdenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán, Alejandro García-Huidobro Sanfuentes y Juan Pablo Letelier Morel,

Proyecto de ley:

“ **Artículo único.-** Prorrógase por un año la vigencia de la ley N° 21.222, aplicándose también a todas las licencias de conducir cuyo control corresponda realizar durante el año 2021. Los beneficiarios de la prórroga señalada en la referida disposición y de la ampliación que se aprueba por la presente ley podrán realizar el trámite de renovación hasta el día y mes señalado en la licencia vigente, del año 2022.”

Y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto, promúlguese y llévese a efecto como Ley de la República.

Santiago, 11 de febrero de 2021.- SEBASTIÁN PIÑERA ECHENIQUE, Presidente de la República.- Gloria Hutt Hesse, Ministra de Transportes y Telecomunicaciones.- Rodrigo Delgado Mocarquer, Ministro del Interior y Seguridad Pública.

Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento.- Saluda atentamente a Ud., José Luis Domínguez Covarrubias, Subsecretario de Transportes.

