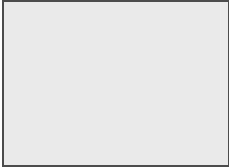


ANEXO III

MODELO DE HISTORIA CLÍNICA

<p>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.</p>	
---	---

DP DATOS PERSONALES

1. N.º 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	7.3 %carretera
6.2 Otras:					
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

SÍ

1. ¿Padece alguna enfermedad?					
2. ¿Ha estado ingresado en un hospital?					
3. Ha sido intervenido de ...		SÍ	SÍ	SÍ	
3.1 Trasplante renal		3.4 Trasplante cardíaco		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?					Prescriptor
Medicamento		Duración (meses)		Med. / Farm. / Autom.	
4.1 Antidiabéticos/Insulina		4.4 Analgésicos		4.7 Anticonvulsivos	
4.2 Anticoagulantes (sintrom*)		4.5 Hipotensores		4.8 Psicótropos	
4.3 Quimioterapia		4.6 Antihistamínicos		4.9 Otros	

AMG-ANAMNESIS M. GENERAL		SÍ		SÍ	
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 dificul. para realizar algún movim.?		10. ¿Le entra sueño con facilidad?			
4. ¿Ha padecido/padece enfermed. del corazón?		11. ¿Ronca habitualmente?			
5. ¿Le cuesta respirar durante el ejercicio?		12. ¿Tiene dificultad para dormir?			
6. ¿Ha tenido palpitaciones o fatiga?		13. ¿Cómo 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 (estupefacientes) en el último año.					

EMG-EXPLORACIÓN MEDICINA GENERAL: (* sólo en caso de estar indicado)

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

INSPECCIÓN 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)		15.1 Hipertensión controlada	
9. Auscultación C/R		13. Ritmo		15.2 Hipert. no controlada	
10. SAOS		14. Frecuencia		15.3 Hipotensión	
		11. Disnea			
5. T.A. (mmHg)	Frecuencia: Sistolos/minuto		Ritmo: Regular/irregular		

DPMG DICTAMEN PARCIAL:

SÍ

1. NO APTO		FIRMA FACULTATIVO
2. INTERRUMPIDO		
3. APTO CON RESTRICCIONES		
4. APTO		

AO ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA

SÍ

SÍ

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 (* = sólo en caso de estar indicado)

	Sin corrección	Con corrección					PR?		
OD	1.1	1.4	1. Agudeza visual						
			2. Dioptrías		OD	OI			
			3. Afaquias/pseudofaquia		OD	OI			
OI	1.2	1.5	4. Cirugía refractiva						
			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*	
10. Perimetría: otros meridianos*					12. Fondo de ojo*		OD	OI	

DPO DICTAMEN PARCIAL SÍ

1. NO APTO		FIRMA FACULTATIVO
2. INTERRUMPIDO		
3. APTO CON RESTRICCIONES		
4. APTO		

AP-ANAMNESIS PSICOLÓGICA SÍ SÍ

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

EP-GENERAL alt. alt. alt. alt.

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

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		PC NT				
5.c Tiempo reacción múltiple	PC MR		PC ER				
5.d Inteligencia práctica							

TRASTORNOS MENTALES Y DE CONDUCTA SÍ SÍ

6. Psicosis		8. Deterioro cognitivo	
7. Depresión/ansiedad		9. Trastornos de la inteligencia	

DPP DICTAMEN PARCIAL: SÍ

1 NO APTO		FIRMA FACULTATIVO
2 INTERRUMPIDO		
3 APTO CON RESTRICCIONES		
4 APTO		

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 INFORME:					
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: INT/4151/2004	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5

7. NO APTO		FIRMA DIRECTOR O DIRECTOR FACULTATIVO
8. APTO CON RESTRICCIONES		
9. APTO		