



Municipalidad de Bovril
Oficina de Control Urbano

LICENCIA DE CONDUCTOR – LEY NAC. N° 24.449
ORDENANZA N° 756/2013 – DECRETO N°106/2013 – 22/05/2013

RESULTADOS DEL EXAMEN PSICOFÍSICO TRADICIONAL

Datos personales

Apellidos y Nombres del solicitante: _____

Tipo y Número de documento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Grupo sanguíneo _____ Factor RH _____ ¿Es donante de órganos? _____

Licencia Solicitada **CLASE:** _____ **Alta** _____ **Renovación** _____

EXAMEN FÍSICO

Pulso: _____ T. Arterial: _____ Talla: _____

Integridad

Malformaciones: _____
Agencias: _____
Amputaciones: _____

Miembro Superior Derecho

Dedos: _____
Muñeca: _____
Codo: _____

Funcionalidad

Hombro: _____
Malformaciones: _____
Agencias: _____
Amputaciones: _____

Integridad

Miembro Superior Izquierdo Dedos:

Muñeca: _____
Codo: _____
Hombro: _____

Funcionalidad

Malformaciones: _____
Agencias: _____
Amputaciones: _____

Integridad

Miembro Inferior Derecho

Dedos: _____
Tobillo: _____
Rodilla: _____
Cadera: _____
Masa muscular _____

Funcionalidad

Marcha: _____

Integridad

Malformaciones: _____
Agencias: _____
Amputaciones: _____

Miembro Inferior Izquierdo

Dedos: _____
Tobillo: _____
Rodilla: _____
Cadera: _____
Masa muscular _____

Funcionalidad

Marcha: _____



Municipalidad de Bovril
Oficina de Control Urbano

Integridad

Malformaciones: _____
Agenesias: _____
Amputaciones: _____

Visión

Agudeza Visual: _____
Perimetría: _____
Visión de profundidad: _____
Visión Nocturna: _____
Encandilamiento _____
Recuperación al encandilamiento _____
Visión de colores: _____

..... EXAMEN SENSORIAL.....

Audición
Audiometría _____

..... RESULTADO EXAMEN FÍSICO.....

APTO	NO APTO	NO APTO Temporario	Interconsulta	Tiempo de Validez (meses)
RESTRICCIONES/OBSERVACIONES				

Observaciones:

Firma y sello del Profesional

..... EXAMEN PSÍQUICO.....

Tiempo de reacción:	
Coordinación motriz:	
Inteligencia:	
Salud mental:	

..... RESULTADO EXAMEN PSÍQUICO.....

APTO	NO APTO	NO APTO Temporario	Interconsulta	Tiempo de Validez (meses)
RESTRICCIONES/OBSERVACIONES				

Observaciones:

Firma y sello del Profesional

Día: Mes: Año: