

A completar por el Solicitante

## DECLARACIÓN JURADA

## EVALUACIÓN PSICOFÍSICA EN EMERGENCIA SANITARIA COVID-19

El presente documento, de carácter obligatorio, deberá ser completado en oportunidad de realizarse la admisión a Evaluación Psicofísica, en forma manuscrita y firmada por el interesado a fin de realizar el triage de detección de posible presencia de síntomas compatibles con COVID-19. Sin este requisito, no se dará curso al trámite.

Adicionalmente, en caso de datos positivos del interrogatorio o temperatura mayor a 37.5 °C no se le permitirá el ingreso a la clínica y se procederá a aplicar el protocolo del Ministerio de Salud aplicable a "caso sospechoso".

|            |  |         |  |
|------------|--|---------|--|
| FECHA:     |  | DNI:    |  |
| APELLIDO:  |  | NOMBRE: |  |
| DOMICILIO: |  |         |  |
| CELULAR:   |  |         |  |

| CUESTIONARIO BÁSICO COVID-19<br>(marque con una "x" lo que corresponda)                                                                            | SI | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Ha tenido fiebre en los últimos 14 días?                                                                                                          |    |    |
| ¿Ha tenido o tiene algún síntoma respiratorio (tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, secreción nasal)?<br>En caso afirmativo, detalle: |    |    |
| ¿Ha tomado Medicamentos Analgésico/Antifebriles u otros similares en las últimas 8 hs?<br>En caso afirmativo, detalle:                             |    |    |
| ¿Ha tenido contacto con algún caso confirmado o probable de coronavirus en los últimos 14 días?                                                    |    |    |
| ¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días?                                     |    |    |
| ¿Realiza transporte internacional? En caso afirmativo, detalle países visitados:                                                                   |    |    |

Aceptación de Condiciones de Admisión y Permanencia en la Sede:

- Utilizar tapabocas o barbijos durante todo el tiempo que permanencia
- Mantener distancia social de 1.5 metros entre personas

Este documento se suscribe en el estricto marco de la admisión del firmante al proceso de Evaluación Psicofísica para la obtención de la Licencia Nacional Habilitante (LINTI) emitido por la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) normado por la Disposición 48/2019 y reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA, por lo que todo ocultamiento o falsa información será pasible de sanción por normativa aplicable.

|       |            |
|-------|------------|
| Firma | Aclaración |
|       |            |

Para uso exclusivo del Personal Médico

| Conclusiones del Triage                                                       | SI | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Se admite el ingreso a Evaluación Psicofísica?<br>En caso negativo, detalle: |    |    |

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del Profesional: \_\_\_\_\_ Aclaración/Sello: \_\_\_\_\_

Fecha: .....

## EXAMEN CLÍNICO

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: .....

D.N.I. N° ..... EDAD: ..... años.

### INTERROGATORIO

#### a) Antecedentes Personales:

Ronca: SI ☐ NO ☐ Fuma: SI ☐ NO ☐ Cuántos?

Consume alcohol SI ☐ NO ☐ Cuánto: ..... Drogas: SI ☐ NO ☐ Cuáles: .....

Medicamentos: SI ☐ NO ☐ Cuáles: .....

#### b) Antecedentes Familiares:

Peso: ..... Kg. Estatura: 1m ..... cm. IMC: .....

Malformaciones: NO ☐ SI ☐ Observaciones: .....

**CABEZA Y CUELLO** (Consignar sólo datos positivos): .....

PERIMETRO CUELLO: ..... MALAMPATI 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

**APARATO RESPIRATORIO** (Consignar sólo datos positivos): .....

**APARATO CARDIOVASCULAR** (Consignar sólo datos positivos): .....

Pulso: frecuencia por min. .... características: .....

T.A.: ..... Várices: NO ☐ SI ☐

Observaciones: .....

**APARATO GASTROINTESTINAL:** (consignar datos positivos): .....

**ABDOMEN:** .....

**PERIMETRO ABDOMINAL:** .....

HERNIAS: NO ☐ SI ☐ Observaciones: .....

EVENTRACIONES: NO ☐ SI ☐ Observaciones: .....

**APARATO GENITOURINARIO:** (consignar datos positivos): .....

**APARATO OSTEOARTROMUSCULAR:** (consignar datos positivos)

Miembros Superiores: .....

Miembros Inferiores: .....

Columna Vertebral: .....

Otras observaciones: .....

**APARATO AUDITIVO:** (consignar datos positivos): .....

SISTEMA NERVIOSO: (consignar datos positivos)

# TRANSTORNOS DEL SUEÑO

| Score                    | SI | NO |
|--------------------------|----|----|
| Ronquido                 |    |    |
| Taquiquismo              |    |    |
| HITA                     |    |    |
| Obesidad (Tipo II o más) |    |    |
| Cuello Corto             |    |    |
| Multasupiti (3 o 4)      |    |    |
| Cuestionario Stop-BANG   |    |    |

| Cuestionario Stop - BANG                                                                                                                               |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ¿Ronca fuertemente? (Tan alto que se puede escuchar a través de puertas cerradas)                                                                      | SI/No |
| ¿A menudo se siente cansado, fatigado o con sueño durante el día?                                                                                      | SI/No |
| ¿Ha observado alguien si usted deja de respirar durante el sueño?                                                                                      | SI/No |
| ¿Está o ha estado recibiendo tratamiento para la presión arterial alta?                                                                                | SI/No |
| ¿Su IMC es > 35 kg/m2?                                                                                                                                 | SI/No |
| ¿Su edad > 50 años?                                                                                                                                    | SI/No |
| ¿Su circunferencia del cuello es > 40 cm?                                                                                                              | SI/No |
| ¿El paciente es de género masculino?                                                                                                                   | SI/No |
| <b>Valoración de resultados:</b><br>Si el paciente a respondido Si > 3 alto riesgo de SAHS.<br>Si el paciente a respondido Si < 3 bajo riesgo de SAHS. |       |

APTITUD DE EXAMEN CLINICO

APTO ☐

NO APTO CODIGO

|  |
|--|
|  |
|  |

RETENIDO ☐

Firma del Postulante

Firma y Sello del Médico Examinador

Informe Rx

Normal ☐

Anormal ☐

Observaciones: .....

Informe ECG

Normal ☐

Anormal ☐

Observaciones: .....

Informe Laboratorio

Normal ☐

Anormal ☐

Observaciones: .....

APTITUD CLINICA

APTO ☐

NO APTO CODIGO

|  |
|--|
|  |
|  |

RETENIDO ☐

Firma y sello del profesional

FECHA: \_\_\_\_\_

## EXAMEN CARDIOLÓGICO

Apellido/s y Nombre/s: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad N°: \_\_\_\_\_

Examen Clínico: \_\_\_\_\_

Auscultación: \_\_\_\_\_

T.A.                      Máx. \_\_\_\_\_  
Pulso Características: \_\_\_\_\_

Min. \_\_\_\_\_  
Pulsos Periféricos: \_\_\_\_\_

E.C.G.: \_\_\_\_\_

OTROS ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

APTITUD:

APTO

☐

NO APTO

CODIGO

☐

RETENIDO

☐

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Examinador

FECHA: \_\_\_\_\_

## EXAMEN NEUROLÓGICO

Apellido/s y Nombre/s: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad N°: \_\_\_\_\_

### A) EXAMEN NEUROLÓGICO

|                                           |               | NORMAL | ANORMAL |
|-------------------------------------------|---------------|--------|---------|
| a) Reflejo Bicipital                      | Derecho:      | _____  | _____   |
|                                           | Izquierdo:    | _____  | _____   |
| b) Reflejo Patelar                        | Derecho:      | _____  | _____   |
|                                           | Izquierdo:    | _____  | _____   |
| c) Pruebas de Motilidad Ocular:           |               | _____  | _____   |
| d) Maniobra de Juramento:                 |               | _____  | _____   |
| e) Pares Craneales:                       |               | _____  | _____   |
| f) Prueba Índice - Nariz                  |               | _____  | _____   |
|                                           | Ojos abiertos | _____  | _____   |
|                                           | Ojos cerrados | _____  | _____   |
| g) Romberg                                |               | _____  | _____   |
| h) Alteraciones de la motricidad:         |               | _____  | _____   |
| i) Asimetría u otro déficit motor facial: |               | _____  | _____   |
| j) Temblores: Manos - Lengua, etc.        |               | _____  | _____   |
| k) Sensibilidad en General                |               | _____  | _____   |

### B) ELECTROENCEFALOGRAMA: \_\_\_\_\_

a) Comentario: \_\_\_\_\_

b) Resultado: \_\_\_\_\_

### C) OTROS DIAGNOSTICOS NEUROLÓGICOS: \_\_\_\_\_

APTITUD: APTO ☐

NO APTO  
CODIGO

☐

RETENIDO

☐

Firma del Postulante

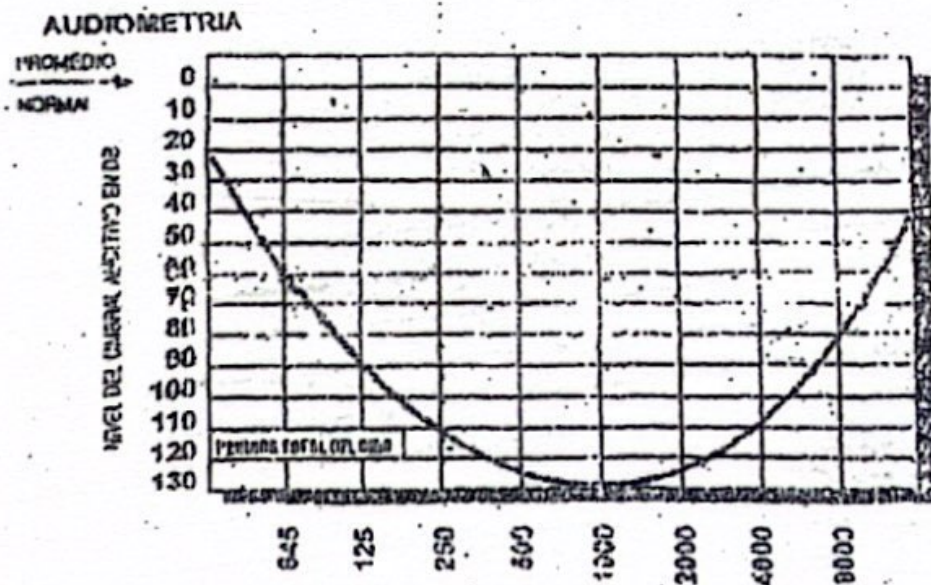
Firma y Sello del Médico Examinador

## EXAMEN AUDIOMETRICO

Prestador: Obra Social Conductores Camioneros  
Centro Prestacional: Gral Paz 270-S. M de Tucumán

### FICHA PERSONAL

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Audiómetro: *Ledie AD 151* \_\_\_\_\_ Ambiente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Femin  
Acúfeno: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_



Firma Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
140 \_\_\_\_\_

## SISTEMA DE EVALUACIONES PSICOFISICAS

## EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO

Documento de Identidad N°:

- a) Escucha bien?
- b) Confunde las palabras?
- c) Tiene zumbidos?
- d) Le supuran los oídos?
- e) Se mareas?

a) Perforación: SI ☐ NO ☐

b) Supuración: SI ☐ NO ☐

c) Tapón de Cera SI ☐ NO ☐

1) Audiometría: .....

2) Logoaudiometría: .....

Hipoacusia, tipo y grado: .....

**DIAGNOSTICO:** .....

ATTEND: APTO  NO APTO  RETENIDO

**Firma y Sello del Médico Examinador**

Organización y Métodos 10

FECHA: \_\_\_\_\_

## EXAMEN OFTALMOLOGICO

Apellido/s y Nombre/s: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad N°: \_\_\_\_\_

Utiliza Corrección SI ☐ NO ☐ Anteojos ☐ Lentes de contacto

Agudeza Visual S/C O.D. \_\_\_\_\_ C/C O.D. \_\_\_\_\_  
O.I. \_\_\_\_\_ O.I. \_\_\_\_\_

Binocular: \_\_\_\_\_

Anisometropía: SI ☐ NO ☐

### VISION NOCTURNA

Visión Crepuscular: A.V. \_\_\_\_\_ %

Destumbramiento: A.V. \_\_\_\_\_ %

Tiempo de readaptación al encandilamiento: \_\_\_\_\_ Seg ( \_\_\_\_\_ %)

Visión Cromática: : \_\_\_\_\_

Movimientos Oculares Extrínsecos:

Estrabismo SI ☐ NO ☐

Movimientos Oculares Intrínsecos:

Anisocoria SI ☐ NO ☐

BMC: Conjuntivas: \_\_\_\_\_

Córneas \_\_\_\_\_

C. Ant: \_\_\_\_\_

Cristalinos: \_\_\_\_\_

Tensión Ocular: O.D. \_\_\_\_\_ O.I. \_\_\_\_\_

Campo Visual (Conclusión): \_\_\_\_\_

Fondo de Ojo: Dilatación: SI ☐ NO ☐

Estudios Complementarios solicitados: \_\_\_\_\_

Conclusiones: \_\_\_\_\_

APTITUD: APTO ☐

NO APTO  
CÓDIGO ☐

RETENIDO ☐

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Examinador

FECHA .....

## ENTREVISTA PSICOLÓGICA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: .....

D.N.I Nº ..... EDAD: ..... años.

|                                                                                                        |          |                            |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------|--------------|
| <b>1. SALUD</b>                                                                                        |          |                            |              |
| Enfermedades                                                                                           |          | Medicación                 | Operaciones  |
| Tratamiento Psicológico o Psiquiátrico/Antecedentes                                                    |          |                            |              |
| Ha pasado un periodo significativo en el que experimentó:                                              |          |                            |              |
| Depresión                                                                                              | Ansiedad | Problemas de concentración | Impulsividad |
| Resolución                                                                                             |          |                            |              |
| Duelos que haya atravesado y resolución del mismo                                                      |          |                            |              |
| Información complementaria                                                                             |          |                            |              |
| <b>2. EMPLEO/RECURSOS</b>                                                                              |          |                            |              |
| Estudios Alcanzados                                                                                    |          |                            |              |
| Empleos (Estabilidad/cambios)                                                                          |          |                            |              |
| Antigüedad en la conducción                                                                            |          |                            |              |
| Información complementaria                                                                             |          |                            |              |
| <b>3. HABITOS</b>                                                                                      |          |                            |              |
| Consumo de Alcohol/Tabaquismo/Sustancias Psicoactivas / Hojas de coca. Antecedentes y situación actual |          |                            |              |
| Automedicación                                                                                         |          | Motivo                     |              |
| Hábitos alimenticios/actividad física                                                                  |          |                            |              |
| <b>4. ACCIDENTES</b>                                                                                   |          |                            |              |
| Descripción/Situación legal y emocional actual                                                         |          |                            |              |

| 5. RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES                                                                                                                                        |                                                                           |            |          |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------|----------|---------|
| Estado civil/Hijos                                                                                                                                                       |                                                                           |            |          |         |
| Con quién pasa la mayor parte de su tiempo                                                                                                                               |                                                                           |            |          |         |
| 6. DESARROLLO PROFESIONAL                                                                                                                                                |                                                                           |            |          |         |
| Aspectos positivos y negativos del trabajo (fortalezas y debilidades)                                                                                                    |                                                                           |            |          |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> </ul>                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> </ul> |            |          |         |
| Motivación al trabajo (económico, vocación)                                                                                                                              |                                                                           |            |          |         |
| Ejemplo de conflicto en viaje y modo de resolución                                                                                                                       |                                                                           |            |          |         |
| Stress/Manejo                                                                                                                                                            |                                                                           |            |          |         |
| 7. MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS                                                                                                                                 |                                                                           |            |          |         |
| (Descanso/ si tiene dificultad para conciliar el sueño o se despierta con frecuencia, toma medicación para descansar/días que duerme fuera de su hogar/días de descanso) |                                                                           |            |          |         |
| 8. ACTITUD DURANTE LA ENTREVISTA                                                                                                                                         |                                                                           |            |          |         |
| Predispuesto                                                                                                                                                             | Inquieto                                                                  | Angustiado | Irritado | Abatido |
| Otras                                                                                                                                                                    | Especificar                                                               |            |          |         |
| 9. Apreciaciones                                                                                                                                                         |                                                                           |            |          |         |
|                                                                                                                                                                          |                                                                           |            |          |         |

.....  
Firma del Postulante

.....  
Firma y Sello del Profesional

FECHA: .....

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA PRUEBA DE BENDER  
SISTEMA DE LA DRA. PATRICIA LACKS**

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: .....

EDAD: ..... años.

D.N.I. Nº .....

**OBSERVACIONES CONDUCTUALES:**

- ☐ Evidencia de Fatiga
  - ☐ Insuficiente atención a los estímulos
  - ☐ Ejecución extremadamente rápida y descuidada
  - ☐ Cuidado y reflexión extremas
  - ☐ Expresa insatisfacción por haber realizado malas reproducciones, o intentos repetidos por corregir los errores (sin lograrlo)
  - ☐ Pobre coordinación motora o temblor de manos
  - ☐ Rotación de la tarjeta (En las figuras) .....
  - ☐ Se aprecia que el evaluado tiene dificultad para ver las figuras
- Otros comentarios:
- .....
- .....

**LISTA DE INDICADORES:**

- ☐ 1. Rotación
- ☐ 2. Dificultad en la Superposición
- ☐ 3. Simplificación
- ☐ 4. Fragmentación
- ☐ 5. Regresión
- ☐ 6. Perseveración
- ☐ 7. Colisión o Tendencia a la Colisión
- ☐ 8. Impotencia
- ☐ 9. Dificultad en el Cierre
- ☐ 10. Incoordinación Motora
- ☐ 11. Dificultad en la Angulación
- ☐ 12. Cohesión
- ☐ Tiempo de realización: mayor a 15 minutos

Puntaje Total : .....

.....  
Firma y Sello del Profesional

FECHA .....

## INFORME PSICOLÓGICO

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: .....

O.N.I. Nº .....

EDAD: ..... años.

|                                                                                                                               |          |          |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|---------|
| <b>ÁREA CONDUCTUAL</b>                                                                                                        |          |          |         |
| Presentación/Aspecto Físico (vestimenta, higiene corporal, expresión facial)                                                  |          |          |         |
| Comportamiento (actitud durante la entrevista y la tarea; colaborativo, agresivo, seductor, desconfiado, aspectos relevantes) |          |          |         |
| Preocupación respecto a la realidad: excesiva/acorde/indiferente                                                              |          |          |         |
| <b>ÁREA COGNITIVA</b>                                                                                                         |          |          |         |
| Juicio                                                                                                                        |          |          |         |
| Tiempo de ejecución de batería de tests                                                                                       | Adecuado | Alterado | Motivos |
| Comprensión de consignas y ejecución (respuesta frente a la tarea, orientación espacial, coordinación)                        |          |          |         |
| Atención y concentración                                                                                                      |          |          |         |
| Pensamiento (curso y contenido)                                                                                               |          |          |         |
| Rendimiento intelectual                                                                                                       |          |          |         |
| <b>ÁREA AFECTIVA E INTERPERSONAL</b>                                                                                          |          |          |         |
| Afectividad (capacidad de resiliencia, humor, sentimientos, emociones)                                                        |          |          |         |
| Mecanismos de defensa                                                                                                         |          |          |         |

|                                                |                                                                                 |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Relaciones Interpersonales</b>              |                                                                                 |
| <b>Manejo de la ansiedad</b>                   |                                                                                 |
| <b>Control de Impulsos</b>                     |                                                                                 |
| <b>Sueño</b>                                   |                                                                                 |
| <b>Batería de Tests</b>                        |                                                                                 |
|                                                | <b>PUNTAJE</b>                                                                  |
| <b>TEST DE TOULOUSE</b>                        | <b>ST ATENCIÓN:</b> <span style="float: right;"><b>ST CONCENTRACIÓN:</b></span> |
| <b>OTIS</b>                                    | <b>PUNTAJE DIRECTO:</b> <span style="float: right;"><b>CENTIL:</b></span>       |
| <b>TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER</b>     |                                                                                 |
| <b>TEST DE IMPULSIVIDAD</b>                    |                                                                                 |
| <b>OTROS:</b>                                  |                                                                                 |
| <b>Integración de técnicas y la entrevista</b> |                                                                                 |

APTITUD:    APTO ☐    NO APTO ☐    RETENIDO ☐  
 CÓDIGO    ☐

Firma y Sello del Profesional

PELLIDO/S Y NOMBRE/S: .....

FECHA: .....

D.N.I. Nº: ..... EDAD: ..... años. Escolaridad: .....

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que Usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente, marcando una cruz sólo una opción por pregunta.

|    | PREGUNTAS                                                                                                          | RARAMENTE<br>O NUNCA | OCASIONAL-<br>MENTE | A MENUDO | SIEMPRE O<br>CASI SIEMPRE |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|----------|---------------------------|
| 1  | Planifico mis tareas con cuidado                                                                                   |                      |                     |          |                           |
| 2  | Hago las cosas sin pensarlas                                                                                       |                      |                     |          |                           |
| 3  | Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)                                                |                      |                     |          |                           |
| 4  | Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)                   |                      |                     |          |                           |
| 5  | Planifico mis viajes con antelación                                                                                |                      |                     |          |                           |
| 6  | Soy una persona con autocontrol                                                                                    |                      |                     |          |                           |
| 7  | Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)                                                         |                      |                     |          |                           |
| 8  | Ahorro con regularidad                                                                                             |                      |                     |          |                           |
| 9  | Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo                                                    |                      |                     |          |                           |
| 10 | Pienso las cosas cuidadosamente                                                                                    |                      |                     |          |                           |
| 11 | Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)       |                      |                     |          |                           |
| 12 | Digo las cosas sin pensarlas                                                                                       |                      |                     |          |                           |
| 13 | Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)                            |                      |                     |          |                           |
| 14 | Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)                   |                      |                     |          |                           |
| 15 | Actúo impulsivamente                                                                                               |                      |                     |          |                           |
| 16 | Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar algo por demasiado tiempo)    |                      |                     |          |                           |
| 17 | Visito al médico y al dentista con regularidad                                                                     |                      |                     |          |                           |
| 18 | Hago las cosas en el momento en que se me ocurren                                                                  |                      |                     |          |                           |
| 19 | Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)               |                      |                     |          |                           |
| 20 | Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el sitio por mucho tiempo)              |                      |                     |          |                           |
| 21 | Compro cosas impulsivamente                                                                                        |                      |                     |          |                           |
| 22 | Termino lo que empiezo                                                                                             |                      |                     |          |                           |
| 23 | Camino y me muevo con rapidez                                                                                      |                      |                     |          |                           |
| 24 | Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona) |                      |                     |          |                           |
| 25 | Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)                                        |                      |                     |          |                           |
| 26 | Hablo rápido                                                                                                       |                      |                     |          |                           |
| 27 | Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)          |                      |                     |          |                           |
| 28 | Me interesa más el presente que el futuro                                                                          |                      |                     |          |                           |
| 29 | Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo) |                      |                     |          |                           |
| 30 | Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)                                                    |                      |                     |          |                           |

Puntuación Total: ..... I. cognitiva: ..... I. motora: ..... I. no planeada: .....

Firma del Postulante

Firma y Sello del Profesional