



CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA CERTIFICADO DE LICENCIA DE CONDUCIR

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
 Núm. de Seguro Social _____ Núm. de Lic. de Conducir de Puerto Rico _____

INSTRUCCIONES AL MÉDICO-Utilizar letra legible (letra de molde)

De acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 22, de 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico", todo aspirante a obtener Certificado de Licencia de Conducir Vehículos de Motor debe estar físicamente capacitado y sin aparente incapacidad mental para conducir. El médico examinará al solicitante personalmente y hará constar en este formulario las condiciones físicas en que se encuentre dicho solicitante.

Las certificaciones deberán ser completadas en su totalidad, no se aceptarán certificado con espacios en blanco, ni alteraciones.

Agudeza Visual

		Condición	
Ojo derecho sin lentes correctivos 20/_____	Ojo izquierdo sin lentes Correctivos 20/_____	<input type="checkbox"/> Congénita	<input type="checkbox"/> Adquirida
Ojo derecho con lentes correctivos 20/_____	Ojo izquierdo con lentes Correctivos 20/_____	<input type="checkbox"/> Congénita	<input type="checkbox"/> Adquirida
Ambos ojos 20/_____			

¿Usa espejuelos? Sí No

¿Usa lentes de contactos? Sí No

Observaciones: _____

Condición física y mental del solicitante

Oídos _____

Brazos _____

Piernas _____

Comentarios sobre condición física o mental del aspirante _____

¿Ha padecido alguna vez de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier otra condición que cause estado de inconsciencia? Sí No

¿Padece del corazón? Sí No

¿Usa marcapaso? Sí No

¿Usa prótesis? Sí No

Peso _____ Libras Color de Ojos _____

Estatura _____ Pies _____ Pulgadas Color de Pelo _____

El que suscribe, certifica que está debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico y hace constar que ha examinado a _____ y certifica que dicha persona **está** **no está** física y mentalmente capacitada para manejar vehículos de motor.

Firma del solicitante

Fecha del examen

Nombre (en letra de molde) y núm. licencia del médico

Firma del médico

Dirección Física del consultorio

Especialidad(es) del médico

cont. Dirección Física

Núm. de teléfono(s)