



### CERTIFICACIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_ debidamente autorizado a ejercer la medicina  
nombre del médico

en Puerto Rico en el campo \_\_\_\_\_ y especialista en \_\_\_\_\_, hago  
médico, cirujano u optómetra especialidad médica

constar que dentro de mi especialidad de acuerdo al historial médico del \_\_\_\_\_  
nombre del paciente

de \_\_\_\_\_ años, seguro social número \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, licencia de conducir número \_\_\_\_\_ quien

reside en \_\_\_\_\_, es mi paciente y que está bajo

mi atención desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Que este paciente tiene el siguiente diagnóstico: (utilice hoja adicional, de ser necesario).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que a este paciente se le han recetado los siguientes medicamentos y dosis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conteste las siguientes preguntas

1. ¿Podría usted prever que la condición del solicitante es recurrente?       sí       no
2. ¿Certificaría usted que el solicitante puede conducir un vehículo de motor por las vías públicas, sin ser un riesgo para la seguridad pública o para si mismo, según la condición presentada en este documento?  
 sí       no
3. De contestar la pregunta número 2 afirmativamente deberá marcar categoría de Certificado de Licencia de Conducir que usted recomienda.
  - Conductor ( no exceda 2 toneladas)
  - Chofer ( no exceda 5.5 toneladas)
  - Vehículos pesados de motor
    - Tipo I Categoría 6 ( no exceda 7.5 toneladas)
    - Tipo II Categoría 7 ( no exceda 13 toneladas)
    - Tipo III Categoría 8 (Peso bruto mayor de 13 toneladas)
    - Tipo IV Categoría 9 (Tractor o Remolcador)
  - Transmisión automática       Aditamentos manuales

Comentarios del médico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CERTIFICO CORRECTO:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE LICENCIA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO