



CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA CERTIFICADO DE LICENCIA DE CONDUCIR

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Número de Seguro Social XXX - XX- _____ Numero de Licencia 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.

Agudeza Visual

Ojo derecho sin lentes Correctivos 20/ _____ Ojo izquierdo sin lentes Correctivos 20/ _____ Condición:
 Ojo derecho con lentes Correctivos 20/ _____ Ojo izquierdo con lentes Correctivos 20/ _____ Congénita Adquirida
 Ojo Derecho Ojo izquierdo
 Ambos Ojos 20/ _____

Observaciones: _____

Condición física y mental del solicitante

Oídos _____
 Brazos _____
 Piernas _____
 Defectos físicos o mentales _____

¿Ha padecido alguna vez de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier 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 _____ Pulgas _____ Color de Pelo _____
 _____ das _____

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

 Fecha del examen

 Firma del médico

 Firma del solicitante

 Nombre y licencia del médico (en letra de molde)