DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
DTOP
GOBIERNO DE PUERTO RICO

DTOP-375
Rev. 2feb2026

CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA EXENCIÓN

☐ **CINTURÓN DE SEGURIDAD** ☐ **TINTES**

Yo, _____ nombre del médico _____ especialista en _____ debidamente autorizado a ejercer la medicina en Puerto Rico, hago constar que de acuerdo con el historial médico de _____ nombre del paciente _____ de _____ años, Seguro Social número _____

Seguro Social número _____ Licencia de Conducir número _____

residente en _____ , Puerto Rico, es mi paciente y está bajo mi atención médica 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:

_____

_____

EXENCIÓN DE TINTE

☐ Que entiendo que la condición de este paciente es de tal gravedad que requiere usar tintes en los cristales de su vehículo para la protección de los rayos solares mayor a la que contempla el Artículo 10.05 de la Ley Núm. 22, de 7 enero de 2000, según enmendada, conocida como "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico".

Que recomiendo se evalué mi recomendación para que se le permita usar un porcentaje menor al 35% permitido por Ley.

EXENCIÓN DEL USO DE CINTURONES

☐ Que entiendo que la condición de este paciente es de tal gravedad que requiere estar exento según dispone el Artículo 13.02 de la Ley Núm. 22, de 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como la "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico."

Que recomiendo la Exención del Uso de Cinturones de Seguridad cuando conduzca o viaje como pasajero por las vías públicas en un vehículo de motor que deba estar equipado con cinturones de seguridad.

CERTIFICO CORRECTO:

_____ _____ _____
Firma del médico Núm de Licencia Dirección Física

_____ _____
Correo electrónico

_____ _____ _____
Fecha Núm. Teléfono Núm. Teléfono