

CERTIFICACIÓN MÉDICO ESPECIALISTA

Yo, _____ debidamente autorizado a ejercer la medicina en Puerto Rico en
nombre del médico

el campo _____ y especialista en _____, hago constar que dentro de
médico, cirujano u optómetra especialidad médica

mi especialidad de acuerdo con el historial médico de _____
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 sí 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)
 Solo Transmisión automática Aditamentos manuales

Comentarios del médico: _____

CERTIFICO CORRECTO:

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

NÚMERO DE LICENCIA

DIRECCIÓN

TELÉFONO