



SOLICITUD PERMISO DE ESTACIONAMIENTO EN FORMA DE RÓTULO REMOVIBLE PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS FÍSICOS

Solicitud Nueva, Renovación, Duplicado

Permanente, Temporero

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Inicial, Fecha de Nacimiento, Seguro Social, Sexo

Número Licencia de Conducir de Puerto Rico, Categoría, Fecha vencimiento

Dirección Postal

Dirección Física

Teléfono Residencial, Teléfono Trabajo, Teléfono Celular

Peso, Estatura, Color de ojos, Color de tez, Color de pelo

Certifico bajo las penalidades de perjurio que la información ofrecida en esta solicitud es correcta, cierta a mi mejor entender y así me consta de propio conocimiento y autorizo al Departamento de Transportación y Obras Públicas, a través de un Funcionario Autorizado, a solicitar información de mi récord médico, ya sea evidencia de mi condición o la Certificación Médica DTOP-375b, que conduzca a esclarecer mis condiciones físicas y mentales para que se expida el Permiso de Estacionamiento en Forma de Rótulo Removible.

Firma Padre, Madre o Tutor Legal (si aplica), Firma del Solicitante

Fecha, Firma del Testigo (si el solicitante no es lector)

Recibido por, Fecha de recibido

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Rótulo Removible: Permanente, Temporero, Renovación, Duplicado, Devuelto

Fecha de efectividad, Fecha de expiración

Núm. de Registro



Aprobado, Denegado, Razón

Firma del funcionario autorizado, CESCO, Fecha de decisión

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD POR MÉDICO ESPECIALISTA

Para ser elegible y obtener el Rótulo Removable (PASE), el solicitante debe poseer una o más de las siguientes condiciones según la Ley Núm. 22 del 7 de enero de 2000, según enmendada.

De la persona poseer una licencia de conducir vigente, deberá llenar la Parte B, de lo contrario puede omitir esta parte.

PARTE A

Favor de seleccionar y certificar con iniciales la condición del solicitante:

- 1. Parálisis total y permanente de las extremidades inferiores, anquilosis de algunas de las articulaciones mayores u otra condición permanente que no le permita moverse con facilidad o que requiera para su ambulación el uso permanente de una silla de ruedas o equipo asistivo.
- 2. Parálisis parcial de cualquier extremidad inferior que requiera para su ambulación, por lo menos, el uso de abrazaderas o equipo asistivo.
- 3. Amputación de una o ambas extremidades inferiores.
- 4. Hemipléjicos que requieran para su ambulación equipo asistivo.
- 5. Condiciones pulmonares severas que limiten la capacidad vital en un sesenta por ciento (60%) menos (FVCóFEV<60%).
- 6. Fallos renales crónicos severos que requieran tratamientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, un mínimo de dos (2) veces por semana.
- 7. Condiciones cardiovasculares grado III-C en adelante (cardiólogo).
- 8. Implantación de prótesis de tobillo, cadera o rodilla que afecte severa o permanente la ambulación.
- 9. Lesiones o secuelas de cirugías en la columna vertebral en las cuales quede deficiencia neuromuscular severa o permanente que limite la ambulación.
- 10. Deformidades congénitas, adquirida o secuelas de cirugías de cualquiera de las articulaciones de las extremidades inferiores que limiten marcadamente la ambulación.
- 11. Condiciones de claudicación intermitente y periferovascular que afecte marcadamente la ambulación.
- 12. Ceguera total o ceguera legal que se define como agudeza visual corregida de 20/200 o tener un campo visual menor de veinte (20) grados en su diámetro más ancho.
- 13. Lesiones al sistema nervioso central o periférico que afecten severa o permanentemente la ambulación.
- 14. Autismo.
- 15. Xeroderma Pigmentoso, conocido también como Síndrome de Sanctis Cacchione.
- 16. Síndrome Down en su modalidad severa.
- 17. Trastorno del desarrollo intelectual en su modalidad severa.
- 18. Condiciones de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Lupus Eritematoso Sistémico, o Artritis Reumatoide previo examen clínico que determine incapacidad de ambulación severa o permanente. El examen clínico será realizado por un médico fisiatra o reumatólogo.
- 19. Obesidad Mórbida (exceso de grasa en el cuerpo, determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 40).
- 20. Enanismo.
- 21. Epilepsia crónico-previo a certificación médica que especifique que la movilidad del paciente está sustancialmente afectada y que sea expedida por un médico especialista.
- 22. Esclerosis Múltiples
- 23. Hemofilia en su modalidad moderada y severa
- 24. Cualesquiera tipos de cáncer de piel existentes, vitíligo, albinismo, así como aquellas condiciones o discapacidades certificadas que dificulten la movilidad de un paciente de cualquier tipo de cáncer, a causa de sus tratamientos o terapias.

Diagnóstico del solicitante y comentarios sobre la condición incapacitante (Favor de escribir en forma legible o en código ICD10DATA):

PARTE B (Solo para conductores)

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)
 - [] Transmisión automática [] Aditamentos manuales

PARTE C

El impedimento que tiene el solicitante es: Permanente Temporero

Yo, _____ certifico con mi firma como médico licenciado por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que _____ en mi opinión profesional cualifica según los requisitos establecidos por la Ley Número 22 del 7 de enero de 2000. He marcado e iniciado las condiciones que posee el solicitante. Entiendo que de ser falsa esta información estaría sujeto a las penalidades de las leyes estatales y federales que apliquen.

Nombre del médico en letra de molde

Especialidad

Dirección postal

()

Teléfono

Número de Licencia

Firma

Fecha de la certificación ____ / ____ / ____
día mes año