

CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA CERTIFICADO DE LICENCIA DE CONDUCIR
VEHICULOS DE MOTOR COMERCIAL DE PASAJEROS

Nombre

Segundo Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Núm. de Seguro Social

Núm. Lic. 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” y su reglamento todo aspirante a obtener Certificado de Licencia de Conducir Vehículos de Motor debe estar físicamente capacitado y sin aparente incapacidad mental para conducir, en especial todo conductor de un vehículo pesado comercial de pasajeros El médico examinará al solicitante personalmente y hará constar en este formulario las condiciones físicas en que se encuentre dicho solicitante. Todo certificado médico deberá estar completado en su totalidad, no se aceptarán con espacios en blancos o alteraciones.

Peso

Libras

Color de Ojos

Estatura

Pies

Pulgadas

Color de Pelo

Indique si presenta una o más de estas condiciones:

- a.

☐ SI ☐ NO

Presenta amputación parcial o total en un (los) pie(s) o pierna(s), una (las) mano(s), un dedo o el (los) brazo(s). En la afirmativa, deberá el médico evaluar que este hecho no interfiere con la habilidad del conductor para realizar las tareas normales asociadas con la operación de un vehículo comercial para pasajeros.

b.

☐ SI ☐ NO

Tiene historial médico o diagnóstico clínico de Diabetes o Diabetes Mellitus que requiera insulina para su control.

c.

☐ SI ☐ NO

Tiene diagnóstico clínico de infarto al miocardio, angina pectoris, insuficiencia coronaria, trombosis, u otra enfermedad cardiovascular de la variedad reconocida que es acompañada por síncope, disnea, colapso, o fallo cardíaco congestivo.

d.

☐ SI ☐ NO

Tiene historial médico o diagnóstico clínico de una condición respiratoria que pueda interferir con la habilidad del conductor para realizar las tareas normales asociadas con la operación de un vehículo comercial para pasajeros.

e.

☐ SI ☐ NO

Tiene historial médico o diagnóstico clínico de alta presión sanguínea que pueda interferir con la habilidad del conductor para realizar las tareas normales asociadas con la operación de un vehículo comercial para pasajeros.

f.

☐ SI ☐ NO

Tiene historial médico o diagnóstico clínico de condiciones reumáticas, artríticas, ortopédicas, musculares, neuromusculares, o vasculares que pueda interferir con la habilidad del conductor para realizar las tareas normales asociadas con la operación de un vehículo comercial para pasajeros.

g.

☐ SI ☐ NO

Tiene historial médico o diagnóstico clínico de condición de epilepsia o cualquier otra condición similar que pueda causar pérdida del conocimiento, o que pueda interferir con la habilidad del conductor para realizar las tareas normales asociadas con la operación de un vehículo comercial para pasajeros.

h.

☐ SI ☐ NO

Tiene historial médico de condiciones mentales, orgánicas o funcionales o desordenes psiquiátricos que con toda probabilidad pueda interferir con la habilidad del conductor para realizar las tareas normales asociadas con la operación de un vehículo comercial para pasajeros.

i.

☐ SI ☐ NO

Posee agudeza visual mínima de 20/40 (Snellen) en cada ojo, ya sea natural o corregida por lentes, y campo visual mínimo de 70 grados al meridiano horizontal en cada ojo, y habilidad de distinguir los colores de las señales de tránsito en especial el rojo, ámbar y verde.

j.

☐ SI ☐ NO

Posee audición en su mejor oído con pérdida de no más de 40 decibeles a 500hz, 1,000hz, 2,000hz, cuando el aparato audio métrico que mide la audición esta calibrado al estándar ANSI Z24.5-1951.

k.

☐ SI ☐ NO

Usuario de sustancias controladas.

l.

☐ SI ☐ NO

Diagnóstico de alcoholismo activo.

El que subscribe está debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico y hace constar que ha examinado a _____ y certifica que los resultados del examen son los indicados en la Parte II de esta certificación y dicha persona ☐ está ☐ no está capacitada para manejar vehículos de motor.

Firma del solicitante

Fecha del examen

Nombre (en letra de molde) y núm. licencia del médico

Firma del médico

Dirección física del consultorio

Especialidad(es) del médico

cont. Dirección física

Núm. de teléfono(s)