



# CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA CERTIFICADO DE LICENCIA DE CONDUCIR

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Núm. 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/ \_\_\_\_\_

¿Usa espejuelos? Sí  No

¿Usa lentes de contactos? Sí  No

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Condición física y mental del solicitante**

Oídos \_\_\_\_\_

Brazos \_\_\_\_\_

Piernas \_\_\_\_\_

Comentarios sobre condición física o mental del aspirante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha padecido alguna vez de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier otra 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 \_\_\_\_\_ Pulgadas Color de Pelo \_\_\_\_\_

El que suscribe, certifica que está debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico y hace constar que ha examinado a \_\_\_\_\_ y certifica que dicha persona  está  no está 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)