

CERTIFICACIÓN MÉDICA

INSTRUCCIONES AL MÉDICO: Utilizar letra legible (LETRA DE MOLDE).

El médico examinará al solicitante y hará constar en este formulario las condiciones físicas en que se encuentra dicho solicitante.

AGUDEZA VISUAL:

Ojo derecho con lentes
Correctivos 20/ ____

Ojo izquierdo con lentes
Correctivos 20/ ____

Condición:

Congénita Adquirida

Ojo derecho sin lentes
Correctivos 20/ ____

Ojo izquierdo sin lentes
Correctivos 20/ ____

Ojo derecho

Ambos ojos ____ Ojo izquierdo

Observaciones: _____

CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL DEL SOLICITANTE:

Oídos: _____

Piernas: _____

Brazos: _____

Anormalidades, defectos físicos o mentales:

¿Padece del corazón? Si No

¿Usa prótesis? Si No

¿Usa marcapasos? Si No

¿Ha padecido alguna vez de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier condición que cause estado de inconsistencia? Si No

DATOS SOBRE EL SOLICITANTE:

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 D/Dña _____; y certifica que dicha persona;

está no está, física, mentalmente y **“apto para la conducción”**.

Fecha del examen

FOTO

2x2

(firma del médico
sobre la fotografía y
que rebase el
certificado)

Firma del médico

Nombre y licencia del médico
(EN LETRA DEL MOLDE)

Firma del solicitante

