



MEDICAL CERTIFICATION FOR DRIVER'S LICENSE CERTIFICATE

Name

Middle Name

Father's Last Name

Mother's Last Name

Social Security Number

Puerto Rico Driver's License Number

INSTRUCTIONS FOR THE DOCTOR ONLY - Use a legible font

In accordance with the provisions of Act No. 22 of January 7, 2000, as amended, known as the "Vehicle and Traffic Law of Puerto Rico," every applicant who obtains a driver's license certificate must not have any physical or mental conditions that could lead to an inability to drive. The doctor must examine the applicant in person and provide any relevant physical conditions and information about the applicant on this form.

Visual Acuity

Right eye without corrective lenses 20/ _____

Left eye without corrective lenses 20/ _____

Right eye with corrective lenses 20/ _____

Left eye with corrective lenses 20/ _____

Both Eyes 20/ _____

Condition

☐ Congenital ☐ Acquired☐ Right Eye ☐ Left EyeDo you wear glasses? ☐ Yes ☐ NoDo you wear contact lenses? ☐ Yes ☐ No

Observations: _____

Applicant's physical and mental condition

Ears _____

Arms _____

Legs _____

Notes on physical and/or mental condition of the applicant _____

Have you ever experienced epilepsy, seizures, dizziness, or any other health condition that causes unconsciousness? ☐ Yes ☐ NoDo you have a heart condition? ☐ Yes ☐ NoDo you have a pacemaker? ☐ Yes ☐ NoDo you wear prostheses? ☐ Yes ☐ No

Weight _____ lbs Eye color _____

Height _____ ft _____ in Hair color _____

The undersigned certifies that he or she is duly authorized to practice medicine in Puerto Rico and states that he or she has examined _____ and certifies that the applicant ☐ is ☐ is not physically and mentally qualified to drive a motor vehicle.

Date of the Exam

Doctor's Signature

Applicant's Signature

Name & Doctor's Medical License
 (Printed)



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 para conducir. El médico examinará al solicitante personalmente y hará constar en este formulario las condiciones físicas en que se encuentre dicho aspirante.

Agudeza Visual

Ojo derecho sin lentes Correctivos _____ Ojo izquierdo sin lentes Correctivos 20/ _____ Condición:
 20/ Ojo derecho con lentes _____ Ojo izquierdo con lentes Correctivos 20/ _____
 Correctivos 20/ _____
 Ambos Ojos 20/ _____
☐ Congénita ☐ Adquirida
☐ Ojo Derecho ☐ Ojo izquierdo

¿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 _____ 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)