



CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA EXENCIÓN

CINTURÓN DE SEGURIDAD TINTES

Utilice letra legible al cumplimentar el formulario

Yo, _____ debidamente autorizado a ejercer la medicina
nombre del médico

en Puerto Rico en el campo _____ y especialista en _____, hago
médico, cirujano u optómetra

constar que de acuerdo al historial médico de _____
nombre del paciente

de _____ años, seguro social número _____ - _____ - _____, licencia de conducir número _____ quien

reside en _____, es mi paciente y que está bajo

mi atención desde _____ hasta _____.

Que este paciente tiene el siguiente diagnóstico: (utilice hoja adicional, de ser necesario).

Que a este paciente se le han recetado los siguientes medicamentos y dosis:

Que entiendo que la condición de este paciente es de tal gravedad que requiere una protección de los rayos solares mayor a la que contempla el artículo 10.05 de la Ley Núm. 22, de 7 enero de 2000, según enmendada, conocida como "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico".

Que recomiendo se evalúe mi recomendación para que se le permita usar un porcentaje menor al 35% permitido por Ley.

Que entiendo que la condición de este paciente es de tal gravedad que requiere la exención del **uso de cinturones de seguridad** en los vehículos de motor, según dispone el Artículo 13.02 de la Ley Núm. 22, de 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como la "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico."

Que recomiendo la exención del uso de cinturones de seguridad cuando conduzca o viaje como pasajero por las vías públicas en un vehículo de motor que deba estar equipado con cinturones de seguridad.

CERTIFICO CORRECTO:

FIRMA DEL MÉDICO

DIRECCIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRA DE MOLDE

TELÉFONO

NÚM. DE LICENCIA

ESPECIALIDAD

FECHA