



### CERTIFICACIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_ debidamente autorizado a ejercer la medicina  
nombre del médico

en Puerto Rico en el campo \_\_\_\_\_ y especialista en \_\_\_\_\_, hago  
médico, cirujano u optómetra especialidad médica

constar que dentro de mi especialidad de acuerdo al historial médico del  
nombre del paciente

de \_\_\_\_\_ años, seguro social número XXX-XX-\_\_\_\_\_, 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conteste las siguientes preguntas

- ¿Podría usted prever que la condición del solicitante es recurrente?  sí  no
- ¿Certificaría usted que el solicitante puede conducir un vehículo de motor por las vías públicas, sin ser un riesgo para la seguridad pública o para si mismo, según la condición presentada en este documento?  
 sí  no
- De contestar la pregunta número 2 afirmativamente deberá marcar categoría de Certificado de Licencia de Conducir que usted recomienda.
  - Conductor ( no exceda 2 toneladas)
  - Chofer ( no exceda 5.5 toneladas)
  - Vehículos pesados de motor
    - Tipo I Categoría 6 ( no exceda 7.5 toneladas)
    - Tipo II Categoría 7 ( no exceda 13 toneladas)
    - Tipo III Categoría 8 (Peso bruto mayor de 13 toneladas)
    - Tipo IV Categoría 9 (Tractor o Remolcador)
  - Transmisión automática  Aditamentos manuales

Comentarios del médico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CERTIFICO CORRECTO:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE LICENCIA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

\_\_\_\_\_