DTOP-375b
Rev. 02/2009

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
DIRECTORÍA DE SERVICIOS AL CONDUCTOR

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

1. ¿Podría usted prever que la condición del solicitante es recurrente? [ ] sí [ ] no
2. ¿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
3. 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