



SOLICITUD PERMISO DE ESTACIONAMIENTO EN FORMA DE
RÓTULO REMOVIBLE PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS FÍSICOS

Form with checkboxes for Solicitud Nueva, Renovación, Duplicado, Permanente, Temporero

Form for Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Inicial

Form for Fecha de Nacimiento (Día, Mes, Año), Sexo M/F

Form for Número y Categoría de Licencia de Conducir de Puerto Rico, Seguro Social

Form for Dirección Postal

Form for Dirección Física

Form for Teléfonos: Residencial, Trabajo, Celular

Form for Peso (lbs), Color de ojos, Color de Tez

Form for Estatura (Pies, Pulgadas), Color de pelo

Certifico bajo las penalidades de perjurio que la información ofrecida en esta solicitud es correcta, cierta a mi mejor entender...

Form for Firma Padre, Madre o Tutor Legal (si aplica), Firma del Solicitante

Form for Fecha, Firma del Testigo (si el solicitante no es lector)

Form for Recibido por: _____, Fecha de recibido: día / mes / año

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Form for Rótulo Removible: Permanente, Temporero, Renovación, Duplicado

Form for Fecha de efectividad, Fecha de expiración, Número de Registro



Form for checkboxes: Aprobado, Denegado; Razón: _____

Form for Firma del Funcionario Autorizado, CESCO, Fecha de decisión (Día / Mes / Año)

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD POR MÉDICO ESPECIALISTA

Para ser elegible y obtener el Rótulo Removible (PASE), el solicitante debe poseer una o más de las siguientes condiciones según la Ley Núm. 22 del 7 de enero de 2000, según enmendada.

Favor de seleccionar y certificar con iniciales la condición del solicitante:

- 1. Parálisis total y permanente de las extremidades inferiores, anquilosis de algunas de las articulaciones mayores u otra condición permanente que no le permita moverse con facilidad o que requiera para su ambulación el uso permanente de una silla de ruedas o equipo asistivo.
- 2. Parálisis parcial de cualquier extremidad inferior que requiera para su ambulación, por lo menos, el uso de abrazaderas o equipo asistivo.
- 3. Amputación de una o ambas extremidades inferiores.
- 4. Hemipléjicos que requieran para su ambulación equipo asistivo.
- 5. Condiciones pulmonares severas que limiten la capacidad vital en un sesenta por ciento (60%) menos (FVCóFEV<60%).
- 6. Fallos renales crónicos severos que requieran tratamientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, un mínimo de dos (2) veces por semana.
- 7. Condiciones cardiovasculares grado III-C en adelante (cardiólogo).
- 8. Implantación de prótesis de tobillo, cadera o rodilla que afecte severa o permanente la ambulación.
- 9. Lesiones o secuelas de cirugías en la columna vertebral en las cuales quede deficiencia neuromuscular severa o permanente que limite la ambulación.
- 10. Deformidades congénitas, adquirida o secuelas de cirugías de cualquiera de las articulaciones de las extremidades inferiores que limiten marcadamente la ambulación.
- 11. Condiciones de claudicación intermitente y periferovascular que afecte marcadamente la ambulación.
- 12. Ceguera total o ceguera legal que se define como agudeza visual corregida de 20/200 o tener un campo visual menor de veinte (20) grados en su diámetro más ancho.
- 13. Lesiones al sistema nervioso central o periférico que afecten severa o permanentemente la ambulación.
- 14. Autismo.
- 15. Xeroderma Pigmentoso, conocido también como Síndrome de Sanctis Cacchione.
- 16. Síndrome Down en su modalidad severa.
- 17. Retraso mental en su modalidad severa.
- 18. Condiciones de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Lupus Eritematoso Sistémico, o Artritis Reumatoide previo examen clínico que determine incapacidad de ambulación severa o permanente. El examen clínico será realizado por un médico fisiatra o reumatólogo.
- 19. Obesidad Mórbida (exceso de grasa en el cuerpo, determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 40).
- 20. Enanismo.
- 21. Esclerosis Múltiples
- 22. Epilepsia crónico

Diagnóstico del solicitante y comentarios sobre la condición incapacitante (Favor de escribir en forma legible):

El impedimento que tiene el solicitante es: Permanente Temporero

Yo, _____ certifico con mi firma como médico licenciado por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que _____ en mi opinión profesional cualifica según los requisitos establecidos por la Ley Número 22 del 7 de enero de 2000. He marcado e iniciado las condiciones que posee el solicitante. Entiendo que de ser falsa esta información estaría sujeto a las penalidades de las leyes estatales y federales que apliquen.

Nombre del Médico en Letra de Molde

Especialidad

Dirección Postal

()

Teléfono

Número de Licencia

Firma

Fecha de Certificación

____ / ____ / ____
día mes año