CSP-OS-2
Mar. /05

GOBIERNO DE PUERTO RICO
COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO

CERTIFICADO MÉDICO

INSTRUCCIONES AL MÉDICO:

De acuerdo con las disposiciones de la Ley Número 109, del 28 de junio de 1962, según enmendada, conocida como "la Ley de Servicio Público de Puerto Rico", todo aspirante a obtener Licencia de operador y/o Solicitud de Franquicia debe estar física y mentalmente capacitado y sin aparente incapacidad mental para conducir y/o operar una Franquicia.

El médico examinará al solicitante y hará constar en este formulario las condiciones físicas y mentales en las que se encuentre a dicho solicitante.

AGUDEZA VISUAL DEL SOLICITANTE:

Ojo Derecho con
Lentes Correctivos: 20/ _____

Ojo Izquierdo con
Lentes Correctivos: 20/ _____

Condición:
Congénita _____ Adquirida _____

Ojo Derecho sin
Lentes Correctivos: 20/ _____

Ojo Izquierdo sin
Lentes Correctivos: 20/ _____

Ojo Derecho: _____
Ojo Izquierdo: _____

Observaciones: _____

CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL DEL SOLICITANTE:

Oídos: _____
Brazos: _____
Piernas: _____
Pulmones: _____
Defectos Físicos o Mentales: _____

¿Ha padecido o padece de epilepsia, convulciones, mareos o cualquier otra condición que le halla causado un estado de inconciencia?

Sí _____ No _____

¿Padece del Corazón?:	Sí	☐	No	☐
¿Padece de Diabetes?:	Sí	☐	No	☐
¿Usa Marcapasos?:	Sí	☐	No	☐
¿Usa Prótesis?:	Sí	☐	No	☐

DATOS DEL SOLICITANTE:

Peso: _____ lbs.
Estatura: Pies _____ Pulgadas _____

Color de Ojos: _____
Color de Pelo: _____

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO:

El que suscribe, certifica que está debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico y hace constar ha examinado a _____ y certifica que dicha persona está:

Solicitante ☐ **capacitado** ☐ **incapacitado**

física y mentalmente capacitada para manejar vehículos de motor.

_____
Fecha del Examen: **(Día- Mes- Año)**

_____
Firma del Médico

_____
Firma del Solicitante

_____
Nombre y Núm. de Licencia de Médico

(Letra de Molde)

***Esta Certificación Médica tiene un periódo de validez de dos (2) años luego de la radicación.**