



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
POLICIA DE PUERTO RICO

CERTIFICADO MEDICO

Instrucciones al Médico:

Por disposición del Reglamento #5032, conocido como Reglamento de la Reserva de la Policía de Puerto Rico, el médico examinará y hará constar en este formulario las condiciones en que se encuentra dicho solicitante.

1. Agudeza Visual

Ojo derecho con lentes Correctivos: 20% ____	Ojo izquierdo con lentes Correctivos: 20% ____	Condición <input type="checkbox"/> Adquirida
Ojo derecho sin lentes Correctivos: 20% ____	Ojo izquierdo sin lentes Correctivos: 20% ____	Congénita <input type="checkbox"/>
	Ambos Ojos ____	Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

2. Condiciones Físicas y Mentales del Solicitante:

a. Oídos: _____
b. Piernas: _____
c. Brazos: _____
d. Anormalidades, Impedimentos Físicos o Mentales: _____
e. ¿Padece del Corazón? Sí _____ No _____
f. ¿Ha padecido alguna vez de Epilepsia, Convulsiones, Mareo o cualquier condición que cause estado de inconciencia? Sí _____ No _____
g. ¿Usa Marcapaso? Sí _____ No _____
h. ¿Usa Prótesis? Sí _____ No _____

3. Datos sobre el Solicitante:

a. Peso _____ b. Estatura _____ Pies _____ Plgs. _____
c. Color de Ojos _____ d. Color de Pelo _____

El que suscribe, debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico, hace constar que ha examinado a _____ y certifica que dicha persona _____ física y mentalmente capacitada para trabajar.
(está) (no está)

Fecha de Examen

Firma del Médico