

AUTORIZACION PACIENTE

Yo _____ por la presente autorizo a:

- Fondo Seguro del Estado _____
Nombre del Médico
- Retiro _____
Nombre del Médico
- Médico Privado _____
Nombre del Médico y Lugar de la Oficina
- Institución Hospitalaria Privada _____
Nombre de la Institución, Nombre del Médico
- Institución Hospitalaria Pública _____
Nombre de la Institución, Nombre del Médico

a suministrar al Superintendente de la Policía de Puerto Rico o a la persona en quien él delegue, cualquier información relacionada con el tratamiento que he recibido en dicha persona o institución por condición orgánica condición emocional.

Además autorizo a examinar el récord y a obtener copia de éste.

Fecha _____
Firma

AUTORIZACION

Por la presente autorizo a cualquier persona particular, o cualquier corporación, institución educativa, empresa, agencia o entidad pública federal o privada, para que ofrezcan al Superintendente de la Policía de Puerto Rico o a la persona o personas en quien delegue, cualquier información que requieran sobre mi persona, incluyendo aquella que se relacione con mi conducta, reputación, crédito, salud, hábitos, situación económica o de cualquier otra índole que ellos estimen necesaria y pertinente a la investigación o solicitud de Licencia de Detective Privado y/o Guardia de Seguridad.

Fecha _____
Firma

DECLARACION JURADA

Yo, _____, mayor de edad, _____ casado, _____ soltero, _____ viudo, _____ divorciado, vecino de _____, bajo el más formal y solemne juramento declaro que toda la información que antecede, así como la evidencia y documentación que se acompaña es la verdad y nada más que la verdad y así lo juro. Que estoy plenamente consciente que de descubrirse que he mentado u ocultado hechos, puedo ser encausado criminalmente por perjurio, además de quedar descualificado para que se me conceda el privilegio de la licencia que estoy solicitando.

Fecha

Firma del Solicitante y Declarante

Affidavit Número: _____

Jurado y Suscrito ante mí por don _____
de las circunstancias personales antes expresadas a quien doy fe de conocer personalmente.

En _____ de Puerto Rico. Hoy _____ de _____ de 19 _____.

Funcionario Autorizado
para Tomar Juramento

CERTIFICACION MEDICA

INSTRUCCIONES AL MEDICO

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Detectives Privados de Puerto Rico, Ley Núm. 108 del 29 de junio de 1965, según enmendada, en su Artículo 4, toda persona que desee obtener una licencia de Detective Privado o Guardia de Seguridad debe estar física y mentalmente capacitado. A estos efectos, el médico examinará y hará constar en este formulario las condiciones físicas y mentales en que se encuentra dicho solicitante:

1. Agudeza Visual

Ojo derecho con lentes
correctivos: 20/_____

Ojo izquierdo con lentes
correctivos: 20/_____

Condición:
Adquirida
Congénita

Ojo derecho sin lentes
correctivos: 20/_____

Ojo izquierdo sin lentes
correctivos: 20/_____

Ojo derecho
Ojo izquierdo

Ambos Ojos _____

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 inconsciencia?

 Sí _____ No _____

g. ¿Usa Marcapasos? Sí _____ No _____

h. ¿Usa prótesis? Sí _____ No _____

3. Datos sobre el solicitante:

a. Peso _____

c. Color de Ojos _____

b. Estatura _____ pies _____ Pulg. _____

d. Color del 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 está _____ no está _____ física y mentalmente capacitada para desempeñarse como Detective Privado y/o Guardia de Seguridad.

Firma del Médico

Firma del Médico

Dirección Oficina y teléfono

Nombre y número de licencia del Médico

INSTRUCCIONES

Favor de contestar las preguntas del 1 al 8. En caso que conteste afirmativo cualquiera de éstas, deberá acompañar una hoja adicional, debidamente juramentada donde explique motivos y detalles de su contestación:

1. ¿Ocupa usted cargo o empleo de índole alguno remunerado o sin remuneración en el gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus agencias, instrumentalidades y corporaciones públicas?
Sí _____ No _____ Explique
2. ¿Es usted ebrio habitual, desequilibrado mental o adicto al uso de drogas y narcóticos?
Sí _____ No _____ Explique
3. ¿Ha estado reportado enfermo por alguna condición mental, emocional o nerviosa?
Sí _____ No _____ Explique
4. ¿Ha sido usted convicto de delito grave o menos grave que implique depravación moral o por delitos comprendidos bajo la Ley de Armas en o fuera de Puerto Rico?
Sí _____ No _____ Explique
5. ¿Ha sido indultado total o condicionalmente?
Sí _____ No _____ Explique
6. ¿Ha solicitado eliminación de convicciones de su récord penal?
Sí _____ No _____ Explique
7. ¿Ha pertenecido o ha sido licenciado honrosamente del:
 Cuerpo de la Policía de Puerto Rico
 Cuerpo de la Policía del Estado de _____
 Negociado Federal de Investigaciones (FBI) de _____
 Servicio Militar (indique rama) _____
8. ¿Ha recibido o recibe usted alguna pensión por incapacidad física o mental?
Sí _____ No _____ Explique