



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



## CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA EXENCIÓN

CINTURÓN DE SEGURIDAD  TINTES

Utilice letra legible al cumplimentar el formulario

Yo, \_\_\_\_\_ debidamente autorizado a ejercer la medicina  
nombre del médico

en Puerto Rico en el campo \_\_\_\_\_ y especialista en \_\_\_\_\_, hago  
médico, cirujano u optómetra

constar que de acuerdo al historial médico de \_\_\_\_\_  
nombre del paciente

de \_\_\_\_\_ años, seguro social número \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que entiendo que la condición de este paciente es de tal gravedad que requiere una protección de los rayos solares mayor a la que contempla el artículo 10.05 de la Ley Núm. 22, de 7 enero de 2000, según enmendada, conocida como "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico".

Que recomiendo se evalué mi recomendación para que se le permita usar un porcentaje menor al 35% permitido por Ley.

Que entiendo que la condición de este paciente es de tal gravedad que requiere la exención del **uso de cinturones de seguridad** en los vehículos de motor, según dispone el Artículo 13.02 de la Ley Núm. 22, de 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como la "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico."

Que recomiendo la exención del uso de cinturones de seguridad cuando conduzca o viaje como pasajero por las vías públicas en un vehículo de motor que deba estar equipado con cinturones de seguridad.

CERTIFICO CORRECTO:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
NÚM. DE LICENCIA

\_\_\_\_\_  
ESPECIALIDAD

\_\_\_\_\_  
FECHA