



A nuestro cliente con licencia de conducir:

Se le ha notificado al Departamento de vehículos automotores que usted ha recibido o actualmente recibe tratamiento para una afección médica que podría afectar su capacidad para conducir con seguridad un vehículo automotor. Necesitamos más información sobre esta afección.

Su médico (médico, médico asistente o enfermera especializada) debe completar y firmar este formulario. IMPORTANTE: La información proporcionada en este formulario tiene que estar basada en un examen de usted que haya sido realizado por su médico dentro de los últimos seis meses. Presente el formulario completo y firmado y una muestra de la receta en blanco anulada de su médico a cualquier oficina de vehículo automotor.

Para realizar un nuevo examen, presente este formulario en la fecha de su cita programada.

Asegúrese de que toda la información médica que recibamos sea tratada de forma estrictamente personal y confidencial.

Gracias por su ayuda.
Departamento de vehículos automotores

En letra imprenta o a máquina

Table with 4 columns: Nombre del paciente, Fecha de nacimiento, Identificación de licencia de conducir, Fecha de examen

¿Ha tratado a este paciente? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, describa la afección que trató o está tratando:

¿El paciente está recibiendo medicación para esta afección? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, especifique el tipo y dosis:

¿El paciente ha sufrido alguna pérdida de control corporal, conciencia o conocimiento debido a esta afección? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, complete el formulario MV-80U.1 del DMV, Declaración del médico para la Unidad de revisión médica.

En su opinión, ¿la afección del paciente o la medicación que toma interfieren en su capacidad para conducir de manera segura un vehículo automotor?

Sí - permanentemente Sí - temporalmente No

Si la respuesta es negativa, ¿usted le recomienda al Departamento realizar una evaluación de rendimiento de conducción en ruta?

Sí, explique

No

*Tenga en cuenta: Basado en la información médica presentada, nuestro revisor puede realizar preguntas sobre más detalles médicos, o puede solicitar información adicional de un especialista, por ejemplo: cardiólogo, neurólogo.

MÉDICO – proporcione una copia de una receta en blanco o anulada a su paciente (mostrando su membrete), como verificación adicional para esta declaración.

Table with 4 columns: Firma del médico/médico asistente/enfermera especializada, Sector, Número de licencia, Estado

