



A nuestro cliente con licencia de conducir:

Su proveedor de atención médica (médico, asociado médico, o profesional en enfermería) debe completar y firmar este formulario.

IMPORTANTE: La información que se proporciona en este formulario debe provenir de un examen que le haya realizado su proveedor de atención médica en los últimos seis meses.

Todos los documentos médicos que recibe el Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) se tratan como información personal y confidencial.

Gracias por su ayuda.
Departamento de Vehículos Motorizados

SECCIÓN QUE DEBE COMPLETAR EL MÉDICO,
EL ASOCIADO MÉDICO O EL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

En letra imprenta o a máquina

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

1) ¿Le ha realizado un examen médico a este paciente? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, explique:

2) ¿El paciente toma algún medicamento? Sí No

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

3) ¿El paciente ha sufrido alguna pérdida de control corporal, de la conciencia o del conocimiento? Sí No

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

4) En su opinión profesional, ¿la afección del paciente o el medicamento que toma impedirá el funcionamiento seguro de un vehículo motorizado? Sí No

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

Sí. Explique:
No

*Tenga en cuenta lo siguiente: Con base en la información médica presentada, nuestro revisor puede realizar más preguntas sobre detalles médicos o puede solicitar información adicional del especialista correspondiente, como un cardiólogo o neurólogo.

Table with 4 columns: Firma del médico/asociado médico/profesional en enfermería, Especialidad, Número de licencia, Estado

