



CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA EXENCIÓN

CINTURÓN DE SEGURIDAD TINTES

Yo, _____ nombre del médico _____ debidamente autorizado a ejercer la medicina en Puerto Rico en el campo
 médico, cirujano u optómetra _____ y especialista en _____ hago constar que de acuerdo al
 historial médico de _____ nombre del paciente _____ de _____ años,
 Seguro Social número XXX-XX- _____, Licencia de Conducir número _____
 quien reside en _____
 es mi paciente y está bajo mi atención médica 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:

EXENCIÓN DE TINTE

Que entiendo que la condición de este paciente es de tal gravedad que requiere usar tintes en los cristales de su vehículo para la 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 evalúe mi recomendación para que se le permita usar un porcentaje menor al 35% permitido por Ley.

EXENCIÓN DEL USO DE CINTURONES

Que entiendo que la condición de este paciente es de tal gravedad que requiere estar exento 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

FECHA

TELÉFONO

NÚM. DE LICENCIA