



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Estado
Secretaría Auxiliar de Juntas Examinadoras
Junta Examinadora de peritos Electricistas

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Agudeza Visual

Ojo derecho con lentes
Correctivos: 20 / _____

Ojo izquierdo con lentes
Correctivos: 20 / _____

Condición:
congénita _____ adquirida _____
ojo derecho _____
ojo izquierdo _____

Ojo derecho sin lentes
Correctivos: 20 / _____

Ojo izquierdo sin lentes
Correctivos: 20 / _____

Ambos ojos _____

Observaciones: _____

Condiciones Físicas y Mentales del solicitante:

Oídos: _____

Piernas: _____

Brazos: _____

defectos físicos o mentales: _____

¿Padece del corazón? Si _____ No _____

¿Ha padecido alguna vez de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier condición que cause estado de
¿Inconsciencia? Si _____ No _____

¿Usa Marcapasos? Si _____ No _____

¿Usa Prótesis? Si _____ No _____

Datos sobre el solicitante: Peso _____ Estatura _____ pies _____ pulgadas

Color de Ojos: _____ Color de 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

_____ físicamente y mentalmente capacitada.

(está) (no está)

Fecha de Examen

Firma del Médico

#Lic. Médico