



**Gobierno de Puerto Rico  
Secretaría Auxiliar de Juntas Examinadoras  
San Juan, Puerto Rico**

**Certificación Médica para la Junta Examinadora de Técnicos y Mecánicos Automotrices**

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social XXX - XX- \_\_\_\_\_ Numero de Licencia \_\_\_\_\_  Técnico Automotriz  
 Mecánico Automotriz

**Agudeza Visual**

Ojo derecho sin lentes Correctivos: 20 / \_\_\_\_ Ojo izquierdo sin lentes Correctivos: 20 / \_\_\_\_ Condición:

Ojo derecho con lentes Correctivos: 20 / \_\_\_\_ Ojo izquierdo con lentes Correctivos: 20 / \_\_\_\_  Congénita  Adquirida  
 Ojo Derecho  Ojo Izquierdo

Ambos ojos 20 / \_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Condiciones Físicas y Mentales del solicitante:**

Oídos: \_\_\_\_\_

Piernas: \_\_\_\_\_

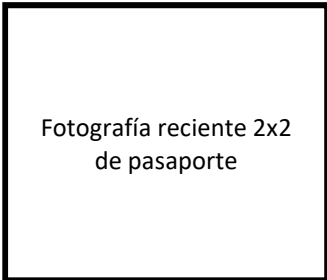
Brazos: \_\_\_\_\_

Defectos físicos o mentales: \_\_\_\_\_

¿Ha padecido alguna vez de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier condición que cause estado de Inconsciencia? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
¿Padece del corazón? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
¿Usa Marcapasos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
¿Usa Prótesis? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Datos sobre el solicitante:** Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas  
Color de Ojos: \_\_\_\_\_ Color de Pelo: \_\_\_\_\_

El que suscribe, certifica que está debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico y hace constar que ha examinado a \_\_\_\_\_ y certifica que dicha persona  está,  no está, física y mentalmente capacitada para trabajar, y dedicarse a las labores relacionadas a la reparación, y ajuste de vehículos de transportación motriz, que sea movido por algún tipo de motor, ya sea un motor de combustión interna, externa, eléctrico, híbrido, o cualquier otro tipo de propulsión que permita el movimiento mecánico de los diversos medios de transportación en Puerto Rico.



Fotografía reciente 2x2 de pasaporte

La fotografía debe estar pegada en esta solicitud y ponchada con el Sello del Médico como prueba de autenticidad de la fotografía.

\_\_\_\_\_  
Fecha del examen

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y licencia del médico (letra de molde)