

NO use este formulario para Requisitos de Licencia Comercial.

**DMV USE ONLY**  
 Updated by \_\_\_\_\_

**El solicitante completa este formulario.**

**INSTRUCCIONES:** Por favor marque "Sí" o "No" para cada pregunta y explique cualesquier respuestas afirmativas en el espacio proporcionado o en una hoja adjunta. Si usted no está seguro de cómo debe contestarse cierta pregunta, póngase en contacto con su médico para que lo asista. Todas las respuestas afirmativas pueden requerir que el DMV se comunice con su médico sobre sus calificaciones médicas antes de que el DMV pueda emitirle una licencia. **Usted debe presentar un cuestionario médico cada dos años. Excepción: los Instructores de Escuelas de Manejo tienen que completar el cuestionario médico cada tres años.**

**POR FAVOR INFÓRMENOS SOBRE USTED:**

NOMBRE COMPLETO Y VERDADERO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE DÍA

( )

**PREGUNTAS SOBRE SALUD**

- |   | SÍ                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Tiene dificultad para ver los colores rojo, verde y ámbar que se usan en las señales de tráfico (semáforos)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es su campo visual periférico menor de 70° hacia el lado en cualquiera de los dos ojos? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene dificultad para oír un murmullo en voz alta con su mejor oído a cinco pies de distancia con o sin un aparato para oír? .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Padece usted de un deterioro visual en uno o ambos ojos que no puede corregirse a 20/40 o mejor? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. (A) usted:   |                          |                          |
| a. ¿le falta un pie, pierna, mano, dedo o brazo? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿tiene un impedimento en la mano o dedo? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿padece de cualquier otro impedimento del brazo, pie, pierna, o cualquier otra limitación? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Padece usted de diabetes que exija el uso de insulina para control? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. ¿Ha sufrido usted un episodio de hipoglucemia en los últimos (3) años? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Ha sufrido cualquier otra reacción adversa relacionada con la diabetes en los últimos tres (3) años? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha padecido de un ataque al corazón, angina de pecho, insuficiencia coronaria, trombosis, infarto, u otro problema cardíaco o enfermedad cardiovascular? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó "sí", ¿ha padecido de respiración difícil, desmayos, colapso, o insuficiencia congestiva cardíaca, u otros síntomas en los últimos tres (3) años? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Le han diagnosticado una condición respiratoria tal como enfisema, asma crónica, o tuberculosis? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si usted contestó "sí", ¿es probable que su condición perjudique su capacidad para manejar sin peligro un vehículo motorizado? .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Le han diagnosticado alta presión arterial? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó "sí", ¿es su presión arterial generalmente 140/90 o más alta? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Padece usted actualmente o ha padecido alguna vez de una enfermedad reumática, artrítica, ortopédica, muscular, neuromuscular o vascular? .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó "sí", ¿es probable que su condición perjudique su capacidad para manejar sin peligro un vehículo motorizado? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad mental, nerviosa, orgánica o funcional, o trastorno psiquiátrico? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó "sí", ¿es probable que su condición perjudique su capacidad para manejar sin peligro un vehículo motorizado? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Le han diagnosticado epilepsia u otra condición que pueda ocasionarle pérdida del conocimiento o control? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó "sí", ¿ha tenido una pérdida del conocimiento o de control en los últimos tres (3) años? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Usa usted sustancias controladas, anfetaminas, narcóticos o cualquier otro estupefaciente (droga) envidador(a)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó "sí":   |                          |                          |
| a. ¿Recetó su médico esta droga? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Le aconsejó su médico que <b>NO</b> manejara cuando está tomando esta droga? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Actualmente lo han diagnosticado como alcohólico? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó "sí", ¿cuándo fue la última vez que tomó una bebida alcohólica? _____   |                          |                          |

EXPLIQUE AQUÍ CUALQUIER PREGUNTA CONTESTADA "SÍ" \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA) \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA

Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO DEL MÉDICO \_\_\_\_\_

NO. DE TEL. DEL MÉDICO

( )

**Certifico bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto y doy mi consentimiento al médico nombrado arriba para que libere esta información médica.**

FIRMA DEL CONDUCTOR

FECHA

**X**

<b>DMV USE</b>	EXAMINER'S SIGNATURE <b>X</b>	ID NUMBER	OFFICE	DATE
----------------	----------------------------------	-----------	--------	------