



INFORME MÉDICO/DE LA VISTA

Puede enviar este formulario por correo al Departamento de Vehículos Motorizados de DC a la siguiente dirección: PO Box 90120, Washington, DC 20090, o enviarlo por fax al (202) 673-9908.

Visite nuestro sitio web en www.dmv.dc.gov o llame al 311 o al 202-737-4404 para obtener información adicional.

El cliente debe completar esta sección.

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN		N° DE APARTAMENTO/UNIDAD	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
			WASHINGTON	DC	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		N.º DE LICENCIA DE CONDUCTOR (DLN, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)/N.º DE IDENTIFICACIÓN (IDN, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)/N.º DE SEGURO SOCIAL (SSN, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)		NÚMERO DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

INFORME MÉDICO: Un médico certificado debe completar esta sección.

Alzheimer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Persona con diabetes insulino dependiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataques o desmayos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras afecciones mentales o físicas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
*Un médico debe completar la sección del informe médico, y un oftalmólogo o un optómetra debe completar la sección del informe de la vista.					
Ataques o desmayos Si la respuesta fue "Sí", ¿cuándo ocurrió el último episodio? _____		Si el solicitante sufre una afección física o mental que puede afectar su capacidad de conducir, indique la afección:			
NOTA: No debe haber sufrido ataques por 12 (doce) meses consecutivos, a menos que se haya tratado de un solo episodio, de episodios solo durante la noche o episodios causados por ajustes de medicamentos.					
Indique cualquier restricción médica necesaria:					
Marque una (1) de las siguientes opciones para indicar el momento en que un médico debe volver a controlar la afección. Los desórdenes que involucran ataques exigen una revisión médica una vez al año durante cinco (5) años consecutivos.					
<input type="checkbox"/> Seis (6) meses	<input type="checkbox"/> Un (1) año	<input type="checkbox"/> Dos (2) años	<input type="checkbox"/> Tres (3) años	<input type="checkbox"/> Cuatro (4) años	

Sobre la base de su diagnóstico médico, ¿tiene el solicitante la capacidad de manejar un vehículo motorizado de forma segura? Sí No

Información del médico:

Número de identificación y estado de la licencia del médico: _____ N.º de teléfono: _____

Domicilio del médico: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

INFORME DE LA VISTA: Un oftalmólogo o un optómetra certificado debe completar esta sección,

*Persona con diabetes insulino dependiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cataratas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad de la vista: _____	Examen de la vista del Departamento de Vehículos Motorizados (DMV, por sus siglas en inglés) reprobado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	--	--	---

Visión sin anteojos	Visión con anteojos	Campo de visión en el meridiano horizontal	Marque una (1) de las siguientes opciones para indicar el momento en que la afección debe volver a controlarse.
Ojo derecho 20/_____ Ojo izquierdo 20/_____ Ambos ojos 20/_____	Ojo derecho 20/_____ Ojo izquierdo 20/_____ Ambos ojos 20/_____		<input type="checkbox"/> Seis (6) meses <input type="checkbox"/> Tres (3) años <input type="checkbox"/> Un (1) año <input type="checkbox"/> Cuatro (4) años <input type="checkbox"/> Dos (2) años

Requisitos de visión mínimos (con o sin lentes de corrección): **No menos de 20/40 en el ojo con mejor visión O BIEN no menos de 20/70 en el ojo con mejor visión y campo visual mínimo de 140 grados.**

Indique cualquier restricción de la visión necesaria:

Sobre la base de su diagnóstico médico, ¿tiene el solicitante la capacidad de manejar un vehículo motorizado de forma segura? Sí No

Información del oftalmólogo o del optómetra:

Número de identificación y estado de la licencia del médico: _____ N.º de teléfono: _____

Domicilio del médico: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Quien haga una declaración falsa en este formulario estará violando la ley de DC y estará sujeto a una multa de hasta US\$ 1,000 o a 180 días de prisión, o a ambas. (Código Oficial de D. C. §22-2405)

Para denunciar despilfarro, fraude o abuso por parte de cualquier organismo o funcionario gubernamental de D C, comuníquese con la Oficina del Inspector General de DC llamando al 1-800-521-1639.

Rev. del DMV-MER-002 del 06/01/2011