



INFORME MÉDICO/DE VISIÓN

Puede enviar este formulario por correo a DC Department of Motor Vehicles, PO Box 90120, Washington, DC 20090; o por fax al (202) 673-9908. Este formulario sólo es válido en un plazo de **60 días** a partir de la fecha de la firma del médico/oftalmólogo/optometrista. Para obtener información adicional, visite nuestro sitio web en www.dmv.dc.gov o llame al 311 o al 202-737-4404.

El cliente debe completar esta sección.

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN		N.º DE APTO./UNIDAD	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
			WASHINGTON	DC	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	DLN/IDN/SSN		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	*Diabético insulino dependiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones 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 u optometrista debe completar la sección del informe de la visión					
Convulsiones 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 tenido convulsiones durante doce (12) meses consecutivos, a menos que se trate de un episodio aislado, de convulsiones nocturnas solamente o de convulsiones debidas a ajustes en la medicación.					
Indique cualquier restricción médica necesaria:					
Marque una (1) de las siguientes opciones para indicar cuándo un médico debe reevaluar la afección. Los trastornos convulsivos exigen un examen médico anual durante cinco (5) años consecutivos					
<input type="checkbox"/> En seis (6) meses	<input type="checkbox"/> En un (1) año	<input type="checkbox"/> En dos (2) años	<input type="checkbox"/> En tres (3) años	<input type="checkbox"/> En cuatro (4) años	<input type="checkbox"/> N.A.

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

Información del médico:

Número de identificación y estado de la licencia del médico: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico: _____

Nombre del médico en letra de imprenta: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

INFORME DE VISIÓN: Un oftalmólogo o un optometrista certificado debe completar esta sección.

*Diabético 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 visión del DMV 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 cuándo se debe reevaluar la afección.
Ojo derecho 20/_____ Ojo izquierdo 20/_____ Ambos ojos 20/_____	Ojo derecho 20/_____ Ojo izquierdo 20/_____ Ambos ojos 20/_____		<input type="checkbox"/> En seis (6) meses <input type="checkbox"/> En tres (3) años <input type="checkbox"/> En un (1) año <input type="checkbox"/> En cuatro (4) años <input type="checkbox"/> En dos (2) años <input type="checkbox"/> N.A.
Requisitos de visión mínimos (con o sin lentes correctivos): No menos de 20/40 en el ojo con mejor visión o 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:

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

Información del oftalmólogo u optometrista:

Número de identificación y estado de la licencia del oftalmólogo/optometrista: _____ Teléfono: _____

Dirección del oftalmólogo/optometrista: _____

Nombre del oftalmólogo/optometrista en letra de imprenta: _____

Firma del oftalmólogo/optometrista: _____ Fecha: _____

Quien haga una declaración falsa en este formulario estará violando la ley del DC y podrá ser penalizado con a una multa de hasta US\$ 1,000 o 180 días de prisión, o ambas. (Código Oficial del D.C. §22-2405)
Para denunciar derroche, fraude o abuso por parte de cualquier organismo o funcionario gubernamental del DC, comuníquese con la Oficina del Inspector General de DC llamando al 1-800-521-1639