



Solicitud de evaluación del conductor

Envíe el informe completo por correo o fax a:
Registros de conductores y vehículos
 Department of Licensing
 PO Box 9030
 Olympia, WA 98507
 Fax: (360) 570-7893
 Correo electrónico:
MedicalCerts@dol.wa.gov

Utilice este formulario para solicitar que evaluemos la capacidad para conducir de una persona. Debe proporcionar información específica sobre sus afecciones médicas y visuales o su capacidad para conducir. La edad no se tomará en consideración. Con base en la información proporcionada, investigaremos y tomaremos las medidas, según sea necesario. **Sin la información suficiente puede resultar en que no podamos actuar.**

Nosotros no podemos revelar el resultado; sin embargo, **proporcionaremos el formulario al conductor o a sus abogados mediante una solicitud previa por escrito.**

Vision professionals: To report results of a visual exam, use the [Visual Examination Report](#)

Medical professionals: To report results of a medical exam, use the [Physical Examination Report](#)

Conductor

Nombre del conductor (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)			Fecha de nacimiento
Dirección de residencia			
Ciudad	Estado	Código postal	Número de licencia de conducir

Solicitante

El conocimiento de este conductor se basa en la observación como (*marque uno*)

Law enforcement officer
 Name: _____
 Agency: _____ Badge #: _____
 Check here if there was a collision with a fatality or substantial bodily harm and the driver was at fault

Medical professional
 Name: _____
 Profession: _____ Professional license #: _____
 Email: _____ 10-digit fax #: _____

Ciudadano preocupado
 Nombre (*primer nombre, segundo nombre, apellido*): _____
 Dirección postal: _____
 Número de teléfono de 10 dígitos: _____ Correo electrónico: _____
 Relación con el conductor: _____

Declaración (*explique los detalles en el espacio provisto debajo de la selección*)
Me preocupa que este conductor tenga una o más de las siguientes condiciones que puedan afectar su capacidad para conducir de manera segura.
 Condición médica Condición visual Habilidades deficientes para manejar

Detalles

Con base en mi observación o conocimiento personal, yo solicito al Department of Licensing evaluar las capacidades del conductor.

Certifico bajo pena de perjurio en virtud de la ley de Washington que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha y lugar (ciudad o condado) de firma _____ **X** Firma _____