

Informe del examen físico

Informe completo por correo o fax a:
Record Documentation
Department of Licensing
PO Box 9030
Olympia, WA 98507
 Fax: **(360) 570-7893**
 Email: **MedicalCerts@dol.wa.gov**

Si no devuelve este formulario llenado antes del _____ al Department of Licensing (DOL), puede ocasionar la suspensión del derecho a conducir del conductor.

Información del conductor o paciente

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número telefónico de 10 dígitos

Número de licencia de conducir

Consentimiento para revelar información

Autorizo al MD (doctor of medicine, médico), DO (doctor of osteopathic medicine, osteópata), naturópata, RN (registered nurse, enfermero registrado), ARNP (advanced registered nurse practitioner, enfermero registrado de práctica avanzada), PA (physician assistant, auxiliar médico), PAC (physician assistant-certified, asociado médico certificado), DPM (doctor of podiatric medicine, médico en medicina podológica), psiquiatra o psicólogo que se indica a continuación a proporcionar información sobre mi estado de salud con base en el examen médico **realizado en los 3 meses anteriores**. Entiendo que el Department of Licensing utilizará esta información para tomar una decisión acerca de mi habilidad para operar con motores de vehículos de manera segura.

Firma del conductor

Fecha

Firma del padre o de la madre (en caso de menores) Fecha

Proveedor médico – MD, DO, naturópata, RN, ARNP, PA, PAC, DPM, psiquiatra o psicólogo ÚNICAMENTE

El DOL tiene razones para creer que el conductor arriba mencionado puede tener una afección que podría afectar la conducción segura de un vehículo motorizado.

Su conocimiento del estado de salud de esta persona es de gran valor para ayudarnos a tomar una decisión adecuada sobre la autorización de la licencia. **El DOL es el único responsable de cualquier decisión** relacionada con las capacidades de conducción y la obtención de la licencia. **Responda a TODAS las preguntas** y devuélvalo al DOL.

¿Hace cuánto tiempo que esta persona es su paciente?

Fecha del examen (en los últimos 3 meses)

Responda lo siguiente

1. Hasta donde usted sabe, ¿ha perdido el conocimiento esta persona en los últimos 6 meses? Sí No

2. Con base en este examen, ¿encontró alguna condición médica que pueda afectar la capacidad de esta persona para conducir? Sí No

Si la respuesta es "Sí" a las preguntas 1 o 2, responda lo siguiente:

a. Afección médica: (elijá todas las opciones que correspondan)

Pérdida de conocimiento o de control/convulsión: mes y año de la última vez que ocurrió: _____

Apnea del sueño, narcolepsia, trastorno del sueño: mes y año de la última vez que ocurrió: _____

Demencia o discapacidad cognitiva: ¿Ha notado deterioro en los últimos 12 meses? Sí No

Pérdida de control muscular/movilidad: ¿Ha notado deterioro en los últimos 12 meses? Sí No

Otra _____

b. La enfermedad de esta persona:

Está controlada/estable. Se controla con medicamentos que pueden afectar su capacidad para conducir.

Puede interferir con su capacidad para conducir.

c. En su opinión profesional, ¿tiene esta persona la capacidad para conducir de forma segura un vehículo motorizado? Sí No

Si la respuesta es "No", ¿Le ha recomendado a esta persona que no conduzca? Sí No

d. ¿Debe el DOL supervisar el estado de este conductor con informes de exámenes físicos periódicos? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿Con qué frecuencia? 6 meses 1 año 2 años

Comentarios/otras afecciones que pueden dificultar la conducción de esta persona

Nombre del proveedor médico

Número de licencia profesional

Dirección (dirección, ciudad, estado, código postal)

Número telefónico de 10 dígitos

Número de fax de 10 dígitos

Correo electrónico

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las ley de Washington que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Fecha Lugar (ciudad o condado) Firma

Firma del proveedor médico (MD, DO, naturópata, RN, ARNP, PA, PAC, DPM, psiquiatra, psicólogo **ÚNICAMENTE**)