



Gobierno de Puerto Rico  
Government of Puerto Rico  
Secretaría Auxiliar de Juntas Examinadoras  
Junta Examinadora de peritos Electricistas

## CERTIFICACIÓN MÉDICA

### Agudeza Visual

Ojo derecho con lentes  
Correctivos: 20 / \_\_\_\_\_

Ojo izquierdo con lentes  
Correctivos: 20 / \_\_\_\_\_

Condición:  
congénita \_\_\_\_\_ adquirida \_\_\_\_\_

ojo derecho \_\_\_\_\_

ojo izquierdo \_\_\_\_\_

Ojo derecho sin lentes  
Correctivos: 20 / \_\_\_\_\_

Ojo izquierdo sin lentes  
Correctivos: 20 / \_\_\_\_\_

Ambos ojos \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### Condiciones Físicas y Mentales del solicitante:

Oídos: \_\_\_\_\_

Piernas: \_\_\_\_\_

Brazos: \_\_\_\_\_

defectos físicos o mentales: \_\_\_\_\_

¿Padece del corazón? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Ha padecido alguna vez de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier condición que cause estado de Inconsciencia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usa Marcapasos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usa Prótesis? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Datos sobre el solicitante:** Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

Color de Ojos: \_\_\_\_\_ Color de Pelo: \_\_\_\_\_

El que suscribe, debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico, hace constar

que ha examinado a \_\_\_\_\_ y certifica que dicha persona

\_\_\_\_\_ físicamente y mentalmente capacitada.

(está) (no está)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Examen

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
#Lic. Médico