



CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA EXENCIÓN

CINTURÓN DE SEGURIDAD TINTES

Yo, _____ nombre del médico _____ debidamente autorizado a ejercer la medicina en Puerto Rico en el campo
 médico, cirujano u optómetra _____ y especialista en _____ hago constar que de acuerdo al
 historial médico de _____ nombre del paciente _____ de _____ años,
 Seguro Social número XXX-XX- _____, Licencia de Conducir número _____
 quien reside en _____
 es mi paciente y está bajo mi atención médica desde _____ hasta _____

Que este paciente tiene el siguiente diagnóstico: (utilice hoja adicional, de ser necesario).

Que a este paciente se le han recetado los siguientes medicamentos y dosis:

EXENCIÓN DE TINTE

- Que entiendo que la condición de este paciente es de tal gravedad que requiere usar tintes en los cristales de su vehículo para la protección de los rayos solares mayor a la que contempla el Artículo 10.05 de la Ley Núm. 22, de 7 enero de 2000, según enmendada, conocida como "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico".
- Que recomiendo se evalúe mi recomendación para que se le permita usar un porcentaje menor al 35% permitido por Ley.

EXENCIÓN DEL USO DE CINTURONES

- Que entiendo que la condición de este paciente es de tal gravedad que requiere estar exento según dispone el Artículo 13.02 de la Ley Núm. 22, de 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como la "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico."
- Que recomiendo la Exención del Uso de Cinturones de Seguridad cuando conduzca o viaje como pasajero por las vías públicas en un vehículo de motor que deba estar equipado con cinturones de seguridad.

CERTIFICO CORRECTO:

 FIRMA DEL MÉDICO

 DIRECCIÓN

 FECHA

 TELÉFONO

 NÚM. DE LICENCIA