



SOLICITUD PERMISO DE ESTACIONAMIENTO EN FORMA DE RÓTULO REMOVIBLE PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS FÍSICOS

Solicitud Nueva
 Renovación
 Duplicado
 Permanente
 Temporero

_____ Apellido Paterno
 _____ Apellido Materno
 _____ Nombre
 _____ Inicial

Fecha de Nacimiento
 ____/____/____
 Sexo M
 F

Día Mes Año

_____ Seguro Social

Número y Categoría de Licencia de Conducir de Puerto Rico

 Dirección Postal

 Dirección Física

(____) _____
 (____) _____
 (____) _____

Teléfono Residencial Teléfono Trabajo Teléfono Celular

Peso _____ lbs
 Color de ojos _____
 Color de Tez _____

Estatura _____ Pies _____ Pulgadas
 Color de pelo _____

Certifico bajo las penalidades de perjurio que la información ofrecida en esta solicitud es correcta, cierta a mi mejor entender y así me consta de propio conocimiento y autorizo al Departamento de Transportación y Obras Públicas, a través de un Funcionario Autorizado, a solicitar información de mi récord médico, ya sea evidencia de mi condición o la Certificación Médica DTOP-375b, que conduzca a esclarecer mis condiciones físicas y mentales para que se expida el Permiso de Estacionamiento en Forma de Rótulo Removible.

_____ Firma Padre, Madre o Tutor Legal (si aplica)
 _____ Firma del Solicitante

_____ Fecha
 _____ Firma del Testigo (si el solicitante no es lector)

Recibido por: _____
 Fecha de recibido: ____/____/____

día mes año

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Rótulo Removible:
 Permanente
 Temporero
 Renovación
 Duplicado

Fecha de efectividad
 Fecha de expiración
 Número de Registro: _____

día mes año día mes año



Aprobado
 Denegado
 Razón: _____

Fecha de decisión

_____ Firma del Funcionario Autorizado
 _____ CESCO
 _____ Día / _____ Mes / _____ Año

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD POR MÉDICO ESPECIALISTA

Para ser elegible y obtener el Rótulo Removible (PASE), el solicitante debe poseer una o más de las siguientes condiciones según la Ley Núm. 22 del 7 de enero de 2000, según enmendada.

Favor de seleccionar y certificar con iniciales la condición del solicitante:

- 1. Parálisis total y permanente de las extremidades inferiores, anquilosis de algunas de las articulaciones mayores u otra condición permanente que no le permita moverse con facilidad o que requiera para su ambulación el uso permanente de una silla de ruedas o equipo asistivo.
- 2. Parálisis parcial de cualquier extremidad inferior que requiera para su ambulación, por lo menos, el uso de abrazaderas o equipo asistivo.
- 3. Amputación de una o ambas extremidades inferiores.
- 4. Hemipléjicos que requieran para su ambulación equipo asistivo.
- 5. Condiciones pulmonares severas que limiten la capacidad vital en un sesenta por ciento (60%) menos (FVCóFEV<60%).
- 6. Fallos renales crónicos severos que requieran tratamientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, un mínimo de dos (2) veces por semana.
- 7. Condiciones cardiovasculares grado III-C en adelante (cardiólogo).
- 8. Implantación de prótesis de tobillo, cadera o rodilla que afecte severa o permanente la ambulación.
- 9. Lesiones o secuelas de cirugías en la columna vertebral en las cuales quede deficiencia neuromuscular severa o permanente que limite la ambulación.
- 10. Deformidades congénitas, adquirida o secuelas de cirugías de cualquiera de las articulaciones de las extremidades inferiores que limiten marcadamente la ambulación.
- 11. Condiciones de claudicación intermitente y periferovascular que afecte marcadamente la ambulación.
- 12. Ceguera total o ceguera legal que se define como agudeza visual corregida de 20/200 o tener un campo visual menor de veinte (20) grados en su diámetro más ancho.
- 13. Lesiones al sistema nervioso central o periférico que afecten severa o permanentemente la ambulación.
- 14. Autismo.
- 15. Xeroderma Pigmentoso, conocido también como Síndrome de Sanctis Cacchione.
- 16. Síndrome Down en su modalidad severa.
- 17. Retraso mental en su modalidad severa.
- 18. Condiciones de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Lupus Eritematoso Sistémico, o Artritis Reumatoide previo exámen clínico que determine incapacidad de ambulación severa o permanente. El examen clínico será realizado por un médico fisiatra o reumatólogo.
- 19. Obesidad Mórbida (exceso de grasa en el cuerpo, determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 40).
- 20. Enanismo.
- 21. Epilepsia crónico
- 22. Esclerosis Múltiples
- 23. Hemofilia en su modalidad moderada y severa

Diagnóstico del solicitante y comentarios sobre la condición incapacitante (Favor de escribir en forma legible):

El impedimento que tiene el solicitante es: Permanente Temporero

Yo, _____ certifico con mi firma como médico licenciado por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que _____ en mi opinión profesional cualifica según los requisitos establecidos por la Ley Número 22 del 7 de enero de 2000. He marcado e iniciado las condiciones que posee el solicitante. Entiendo que de ser falsa esta información estaría sujeto a las penalidades de las leyes estatales y federales que apliquen.

Nombre del Médico en Letra de Molde

Especialidad

Dirección Postal

()

Teléfono

Número de Licencia

Firma

Fecha de Certificación

____ / ____ / ____
día mes año

