



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

<input type="checkbox"/> Solicitud Nueva	<input type="checkbox"/> Renovación	<input type="checkbox"/> Duplicado	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Temporero
--	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

_____	_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Día Mes Año	

Número y Categoría de Licencia de Conducir de Puerto Rico _____	Seguro Social _____
---	---------------------

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	



<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> 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. Esclerosis Múltiples
- 22. Epilepsia crónico

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