



ESTADO DE LA FLORIDA
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD EN LAS CARRETERAS
Y VEHICULOS MOTORIZADOS

Forma De Referencia Medica

Nuestra agencia se compromete a cumplir con el Americans with Disabilities Act (ADA), una ley federal que es ilegal discriminar a una persona calificada con una discapacidad. Además, se inician los comentarios médicos basado en dolencias o síntomas que podrían afectar la operación segura de un vehículo de motor y no la edad del conductor.

Estatutos de la Florida de las secciones 322.126 (2) y (3) proporcionar, en parte, que "Cualquier médico, persona o agencia que tenga conocimiento de la discapacidad mental o física del solicitante ni de conductor con licencia para conducir . . . está autorizada para informar tal conocimiento al Departamento de Vehículos a Motor y Seguridad Vial . . . Los informes autorizados por esta sección será confidenciales . . . Ninguna acción civil o penal podrá interponerse contra cualquier médico, persona o agencia que proporciona la información aquí contenida."

Al informar acerca de un individuo cuya capacidad de conducción es cuestionable debido a algún déficit físico o mental o trastorno. Por favor complete la mayor cantidad posible de la información listada abajo:

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Masculino Hembra Código postal: _____

Número de licencia de conducir: _____ Estado: _____

Déficit Físico o Mental o Trastorno Observado:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Incautación | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca Severa | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Perdida de la Conciencia | <input type="checkbox"/> Diabetes Incontrolable | <input type="checkbox"/> Demencia/ Déficit de Memoria |
| <input type="checkbox"/> Perturbaciones Psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Adicción a Drogas y Alcohó | <input type="checkbox"/> Déficit Visual Severo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Sueño | <input type="checkbox"/> Orto | |

Por favor explicar cada zona que fue marcada: _____

Por favor indicar cómo lo sabe esta persona (amigo, familiar, paciente, etc): _____



ESTADO DE LA FLORIDA
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD EN LAS CARRETERAS
Y VEHICULOS MOTORIZADOS

Forma De Referencia Medica

Por favor proporcione su información (Nota: el nombre y la firma de la persona de información es necesaria para investigar el informe.)

Nombre de la Agencia de Policía o Médico (si aplica): _____

Ley aplicación **ID/placa #** o **Licencia Médica #** (si aplica): _____

**Envíe por Correo este Formulario a:
Bureau of Motorist Compliance
Medical Review Program
Neil Kirkman Building, MS 86
Tallahassee, Florida 32399-0500
Telephone No.: (850) 617-3814
Fax No.: (850) 617-3944**

Nombre: _____

La firma: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha del informe: _____