

# MEDICAL EXAMINER'S CERTIFICATE

## Certificado del Examinador Médico

Yo certifico que he examinado a \_\_\_\_\_ según las reglas de las Regulaciones Federales de la Seguridad de Autotransportes (49 CFR 391.41-391.49) y con conocimiento de las obligaciones de manejo, encuentro a esta persona calificada (para manejar), y si aplica solo cuando:

- Usa lentes de aumento para ver
- Usa un audífono
- Tiene con el un \_\_\_\_\_ permiso o una exención
- Maneja dentro de una zona exenta dentro de la ciudad (49 CFR 391.62)
- Tiene en su poder un certificado de evaluación su rendimiento (SPE en inglés)
- Califica para operar según el 49 CFR 391.64

La información que he dado en referencia a este examen físico es completa y verdadera. Una forma completa de esta evaluación con cualquier documento adjunto incluyendo los resultados completos y correctos se encuentra archivada en mi oficina.

Firma del Examinador Médico	Teléfono	Fecha
Nombre del Examinador Médico (letra de molde)	____ Médico ____ Ortopedista ____ Quiropráctico ____ Asistente Médico ____ Enfermero(a) licenciado(a)	
Número de Licencia o Certificado del Examinador Médico / Estado que la Expedió (puede incluir el País).		
Firma del Chofer	Número de Licencia del Chofer	Estado
Dirección del Chofer		
Fecha de Vencimiento del Certificado Médico		