DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
DTOP

DTOP-DIS-010

directoria de servicios al conductor DISCO

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 _____/_____/_____ (Día Mes Año) Seguro Social _____-_____-_____ Sexo M ☐ F ☐

_____ Núm. ID o Licencia de Conducir de Puerto Rico _____ Categoría de Lic de Conducir _____ Fecha vencimiento

_____ Dirección Física

_____

_____ Dirección Postal

(____) _____ Núm. de celular (____) _____ Núm. teléfono (adicional) Email: _____

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, 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 ☐ Devuelto

ADHIERA FOTO 2" X 2"

Fecha de efectividad ____/____/____ (día mes año)

Fecha de expiración ____/____/____ (día mes año)

Núm. de Registro: _____

☐ Aprobado ☐ Denegado Razón: _____

_____

_____ Nombre del Funcionario Autorizado _____ Firma del Funcionario Autorizado CESCO

Fecha de decisión ____/____/____ (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 requerida 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. Trastorno del desarrollo intelectual en su modalidad severa.
- ❑ 18. Condiciones de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Lupus Eritematoso Sistémico, o Artritis Reumatoide previo examen 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-previo a certificación médica que especifique que la movilidad del paciente está sustancialmente afectada y que sea expedida por un médico especialista.
- ❑ 22. Esclerosis Múltiples.
- ❑ 23. Hemofilia en su modalidad moderada y severa.
- ❑ 24. Cualesquiera tipos de cáncer de piel existentes, vitíligo, albinismo, así como aquellas condiciones o discapacidades certificadas que dificulten la movilidad de un paciente de cualquier tipo de cáncer, a causa de sus tratamientos o terapias.

Diagnóstico del solicitante y comentarios sobre la condición incapacitante (Favor de escribir en forma legible o en código ICD10DATA):

_____

_____

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.

_____ Firma del solicitante	_____ Fecha del examen
Núm. Lic. _____ Nombre (en letra de molde) y núm. licencia del médico	_____ Firma del médico
_____ Dirección física del consultorio médico	_____ Especialidad(es) del médico
_____ cont. Dirección física	_____ Núm. de teléfono(s)