



CERTIFICACIÓN MÉDICA

Certifico que he examinado al paciente, quien presenta “impedimento” de acuerdo a lo definido por Ley 107-1998* y es elegible a la tarjeta de identificación para las personas con impedimentos que emite el Departamento de Salud

Nombre:		Edad:
		Seguro Social: XXX - XX -
Diagnóstico:		
Descripción del impedimento o condición incapacitante		
Nombre del médico:		Especialidad
Dirección:		Teléfono:
Número de licencia:	Fecha:	Firma:

* Toda persona que como consecuencia o resultado de una condición congénita, una enfermedad, deficiencia en su desarrollo, accidente o por cualquier otra razón ha quedado física o mentalmente privada de manera permanente o indefinida de una o más de sus principales funciones básicas, tales como: movilidad, comunicación, cuidado propio, autodirección, tolerancia al trabajo en términos de vida propia o de su capacidad para ser empleado y cuyas funciones han quedado seriamente afectadas limitando el funcionamiento de dicha persona.

