

SOLICITUD PARA REEXAMINACIÓN DEL CONDUCTOR

INSTRUCCIONES:

1. Complete este formulario si desea que el Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) vuelva a evaluar la capacidad de un conductor para manejar de manera segura.
2. Firme esta solicitud en el renglón provisto para su firma. Puede pedir que su nombre no se revele a la persona que usted está reportando. Se mantendrá el mayor grado de confidencialidad posible.
3. Presente la solicitud completada en cualquier oficina del DMV o envíela por correo a la oficina de seguridad vial (vea las direcciones de las oficinas en la siguiente página).

Nota: Todas las casillas marcadas con asterisco (*) deben completarse.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE UD. ESTÁ REPORTANDO (PRIMER NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)*		FECHA DE NACIMIENTO O EDAD APROXIMADA*	NÚMERO DE TELÉFONO ()
NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR		NÚMERO DE PLACAS DEL VEHÍCULO, SI LO SABE	
DIRECCIÓN RESIDENCIAL*	CIUDAD*	ESTADO*	CÓDIGO POSTAL*

ESTADO DEL CONDUCTOR — Marque todas las casillas pertinentes a continuación. Por favor use el espacio en blanco provisto al final de la página para proveer detalles específicos, si se conocen, sobre la condición médica (física o mental) del conductor, tal como el nombre de la enfermedad o trastorno, cualquier medicamento que tome, etc.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condición médica | <input type="checkbox"/> Se confunde o desorienta |
| <input type="checkbox"/> Condición física | <input type="checkbox"/> Consume alcohol/drogas (describa en el espacio provisto al final de la página) |
| <input type="checkbox"/> Condición mental/emocional | <input type="checkbox"/> Pierde el conocimiento, tiene convulsiones, desmayos |
| <input type="checkbox"/> Condición de la vista | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con actividades cotidianas (ej. cocinar, vestirse, bañarse, conciliar la cuenta de cheques) |
| <input type="checkbox"/> Debilidad o problemas de coordinación | <input type="checkbox"/> Otra condición: |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar | |

COMPORTAMIENTO DEL CONDUCTOR — Marque las casillas pertinentes a los problemas de manejo que usted haya observado (use el espacio provisto al final de la página si necesita añadir algún comentario).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No ve o reacciona ante otros vehículos, peatones, etc. | <input type="checkbox"/> Da vuelta cortándole el paso al tráfico que viene en sentido contrario |
| <input type="checkbox"/> Maneja en el carril incorrecto | <input type="checkbox"/> Deja que el vehículo se desvíe del carril |
| <input type="checkbox"/> Maneja en sentido contrario del tráfico | <input type="checkbox"/> Retrocede o cambia de carril sin mirar hacia atrás o por los espejos |
| <input type="checkbox"/> Se comporta violenta o agresivamente al manejar | <input type="checkbox"/> Presiona el pedal del freno y el del acelerador al mismo tiempo |
| <input type="checkbox"/> Maneja demasiado lento o se detiene sin motivo | <input type="checkbox"/> Reacciona lentamente quizás debido a medicamentos o drogas |
| <input type="checkbox"/> Tiene problemas para maniobrar el volante, frenar o controlar el vehículo | <input type="checkbox"/> Maneja en la acera |
| <input type="checkbox"/> Se confunde en tráfico | <input type="checkbox"/> Comete errores al manejar mientras habla con los pasajeros |
| <input type="checkbox"/> Se pierde o se confunde al manejar cerca de su casa | <input type="checkbox"/> Se duerme mientras maneja |
| <input type="checkbox"/> No reacciona ante las señales de tránsito, otros vehículos, peatones, etc. | <input type="checkbox"/> Otros comportamientos (describa a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Da vuelta desde el carril incorrecto | |

Puede usar este espacio para describir más detalladamente las condiciones o comportamientos del conductor que lo llevan a concluir que este conductor debe ser evaluado nuevamente por el DMV.

Favor de continuar en la siguiente página.



Familiar Amigo Persona que lo cuida Especialista de la vista Corte/Código _____

Otra relación: _____

Marque aquí si desea que su nombre se mantenga confidencial. Se mantendrá el mayor grado de confidencialidad posible. No se tomarán en cuenta los reportes que no estén firmados.

NOMBRE (por favor use letra de molde)*

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA

()

SU DIRECCIÓN POSTAL (ciudad, estado, código postal)*

FIRMA*

FECHA*

X

PUEDE ENVIAR POR CORREO O PRESENTAR ESTE FORMULARIO COMPLETADO A UNA OFICINA DE SEGURIDAD VIAL (DRIVER SAFETY) EN UNA DE LAS SIGUIENTES UBICACIONES:

Bakersfield	5800 District Blvd., Ste. 100-B Bakersfield, 93313	Sacramento	4700 Broadway, 2nd Flr. Sacramento, 95820-1501
City of Commerce	5801 E. Slauson Ave., Ste. 250 Commerce, 90040-3050	San Bernardino	1845 Business Center Dr., Ste 212 San Bernardino, 92408-3447
City of Orange	790 The City Dr., Ste. 420 Orange, 92868-4941	San Diego	1455 Frazee Rd., Ste. 400 San Diego, 92108-4378
Covina	1365 N. Grand Ave., Ste. 101 Covina, 91724-4048	San Francisco	1377 Fell St., 2nd Floor San Francisco, 94117-2296
El Segundo	390 N. Pacific Coast Highway, Ste. 2075 El Segundo, 90245-4470	San Jose	90 Great Oaks Blvd., Ste. 104 San Jose, 95119-1314
Fresno	2510 S. East Ave., Ste. 310 Fresno, 93706-5112	Santa Rosa	2570 Corby Avenue Santa Rosa, 95407-6005
Oakland	7677 Oakport St., Ste. 220 Oakland, 94621-1906	Stockton	710 N. American St. Stockton, 95202-1823
Oxnard	2051 N. Solar Dr., Ste. 125 Oxnard, 93036-2650	Van Nuys	6150 Van Nuys Blvd., Ste. 205 Van Nuys, 91401-3333
Redding	2650 Churn Creek Rd., Ste. 200 Redding, 96002-1169		