

SOLICITUD PARA REEXAMINACIÓN DEL CONDUCTOR

INSTRUCCIONES:

1. Complete este formulario si quiere 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. Envíe la solicitud completada por correo electrónico o por correo postal a la oficina de seguridad vial (vea las direcciones en la siguiente página).

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

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTÁ REPORTANDO (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO, 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. Use el espacio en blanco provisto al final de la página para dar detalles específicos, si se conocen, sobre la condición médica (física o mental) del conductor, tales como el nombre de la enfermedad o trastorno, cualquier medicamento que tome, etc.

- | | |
|--|---|
| ☐ Condición médica | ☐ Se confunde o desorienta |
| ☐ Condición física | ☐ Consume alcohol/drogas (describa abajo) |
| ☐ Condición mental/emocional | ☐ Pierde el conocimiento, tiene convulsiones, desmayos |
| ☐ Condición de la vista | ☐ Necesita ayuda con actividades cotidianas (ej. cocinar, vestirse, bañarse, conciliar la cuenta de cheques) |
| ☐ Debilidad o problemas de coordinación | ☐ Otra condición: |
| ☐ Dificultad para caminar | |

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

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



RELACIÓN CON LA PERSONA REPORTADA

☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Cuidador ☐ Especialista de la vista ☐ Corte/Código _____☐ Otra: _____

☐ Marque aquí si quiere 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 (USE LETRA DE MOLDE)*

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA

()

DIRECCIÓN POSTAL (CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)*

FIRMA*

X

FECHA*

Puede enviar este formulario por:

CORREO ELECTRÓNICO: DMVLADDSOffice@dmv.ca.gov

-O-

CORREO POSTAL:**Norte de California (Condado del Norte de Fresno)**

Sacramento Driver Safety

4700 Broadway, 2nd Floor

Sacramento, CA 95820-1501

Sur de California (Condado del Sur de Fresno)

El Segundo Driver Safety

390 N. Pacific Coast Highway, Ste. 2075

El Segundo, CA 90245-4470