



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE JUSTICIA

**DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LAS SOLICITUDES PARA PUESTOS DE
FISCALES, PROCURADORES DE ASUNTOS DE MENORES, PROCURADORES
PARA ASUNTOS DE FAMILIA Y REGISTRADORES DE LA PROPIEDAD**

INSTRUCCIONES

Esta solicitud deberá presentarse en la Oficina del Secretario de Justicia **en original y 4 copias**, acompañadas de los siguientes documentos:

1. Cinco (5) fotos 2 x 2 (anejadas en la parte superior derecha del original y de cada copia de la solicitud)
2. Resume con trasfondo académico, índice de graduación, nota de reválida y toda su trayectoria personal hasta el presente
3. Copia de un escrito jurídico suyo, tal como un artículo, un alegato, un ensayo, una tesis u otro similar
4. Certificado médico
5. Certificado de Buena Conducta expedido por la Policía de Puerto Rico
6. Copia Certificado de Historial Académico de los estudios pre-legales y legales
7. Certificado de "Good Standing" del Tribunal Supremo de Puerto Rico
8. Certificación original de radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos del Departamento de Hacienda por los últimos 5 años
9. Copia de las planillas de Contribución sobre Ingresos del Departamento de Hacienda radicadas los últimos 5 años
10. Certificación de no deuda contributiva del Departamento de Hacienda
11. Certificación de no deuda de ASUME
12. Certificación de no deuda del CRIM. De tener deuda, plan de pago
13. Certificación de Información Querrela Colegio de Abogados
14. Certificación de status Obra Notarial (Inspector de Notaría)
15. Certificación de información sobre querrela – Oficina del Procurador General
16. Copia de los últimos dos Informes Financieros de Ética (aplica a solicitudes para re-nominación)

NOTA:

- ▶ Tener en cuenta que los requerimientos bajo las partidas 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13 y 14 deben estar fechados dentro de los 90 días de la fecha de esta solicitud.
- ▶ Esta solicitud debe ser entregada en original y cuatro copias y tendrá una vigencia de un año a partir de su radicación. Luego de transcurrido el año, de usted interesar continuar siendo considerado para el puesto, deberá solicitar nuevamente con todos los requerimientos de la solicitud.

REQUISITOS:

(1) Fiscal de Distrito

Diez (10) años de experiencia profesional posterior a su admisión al ejercicio de la abogacía en Puerto Rico y goce de buena reputación moral, intelectual y profesional según lo determina la autoridad nominadora.

(2) Fiscal Auxiliar IV

Ocho (8) años de experiencia profesional posterior a su admisión al ejercicio de la abogacía en Puerto Rico y goce de buena reputación moral, intelectual y profesional según lo determina la autoridad nominadora.

(3) Fiscal Auxiliar III

Seis (6) años de experiencia profesional posterior a su admisión al ejercicio de la abogacía en Puerto Rico y goce de buena reputación moral, intelectual y profesional según lo determina la autoridad nominadora.

(4) Fiscal Auxiliar II, Procurador de Asuntos de Menores y Procurador de Asuntos de Familia

Cuatro (4) años de experiencia profesional posterior a su admisión al ejercicio de la abogacía en Puerto Rico y goce de buena reputación moral, intelectual y profesional según lo determina la autoridad nominadora.

(5) Fiscal Auxiliar I

Dos (2) años de experiencia profesional posterior a su admisión al ejercicio de la abogacía en Puerto Rico y goce de buena reputación moral, intelectual y profesional según lo determina la autoridad nominadora.

(6) Registrador de la Propiedad

Siete (7) años de experiencia profesional posterior a su admisión al ejercicio de la abogacía en Puerto Rico y goce de buena reputación moral, intelectual y profesional según lo determina la autoridad nominadora.

**GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE JUSTICIA**

SOLICITUD PARA CARGO DE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiscal Auxiliar I | <input type="checkbox"/> Procurador(a) de Asuntos de Menores |
| <input type="checkbox"/> Fiscal Auxiliar II | <input type="checkbox"/> Procurador(a) de Asuntos de Familia |
| <input type="checkbox"/> Fiscal Auxiliar III | <input type="checkbox"/> Registrador(a) de la Propiedad |
| <input type="checkbox"/> Fiscal Auxiliar IV | <input type="checkbox"/> Ascenso <input type="checkbox"/> Renominación |
| <input type="checkbox"/> Fiscal de Distrito | |



Instrucciones:

Llene a máquina o en letra de molde en original y 4 copias. Lea cuidadosamente cada apartado y conteste todas las preguntas. Si alguna pregunta no le aplica, hágalo así constar. De ser necesario aclarar o ampliar alguna respuesta, puede utilizar una hoja adicional debidamente identificada con el número del apartado al cual se refiera.

Fecha de presentación de Solicitud: _____

I. DATOS PERSONALES

1. Nombre (apellidos paterno y materno)	2. Número de Seguro Social
---	----------------------------

3. Dirección residencial	4. Teléfono residencial
--------------------------	-------------------------

5. Dirección Postal

6. Dirección Profesional	7. Teléfono Profesional
--------------------------	-------------------------

8. Fecha de nacimiento	9. Edad	10. Lugar de nacimiento
------------------------	---------	-------------------------

11. Estado Civil			
Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>

12. Nombre del Cónyuge	13. Ocupación del Cónyuge
------------------------	---------------------------

14. Número de Seguro Social del Cónyuge	14. (a) Lugar de Trabajo y Dirección
---	--------------------------------------

14. (b) ¿Tiene usted constituida una sociedad de gananciales con su cónyuge o mediante capitulaciones mantienen bienes separados?

Nota: Si está divorciado:	16. Número expediente divorcio y sala
---------------------------	---------------------------------------

15. Nombre del ex-cónyuge	
---------------------------	--

17. Nombre de la Institución y Dirección del Empleo	18. Teléfono del Empleo
---	-------------------------

19. Datos sobre hijos (as) y dependientes

Nombre y Apellidos	Parentesco	Edad	Grado de Escolaridad u Ocupación

20. Información sobre su salud. Indique si usted ha consultado durante los últimos cinco (5) años algún médico o profesionales de la Salud:

Sí

No

En caso afirmativo, indique en hoja aparte, propósito y qué diagnóstico ha resultado en cada caso.

21. Servicio Militar

Fecha del Servicio	Si retirado indicar (Traer copia Forma 214) <input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> Dishonorable
Rango	

II. PREPARACION ACADEMICA

22. Estudios Universitarios Pre-Legales

Universidad	Año de Ingreso	Año de Graduación

23. Grado o Certificación obtenido

24. Estudios Universitarios Legales

Universidad	Año de Ingreso	Año de Graduación

25. Reválida. Indique cuál, fecha de examen de reválida y puntuación. (Si en más de una ocasión, indique fechas).

a) Estatal

b) Federal

26. Indique si ha tomado usted cursos de educación legal continuada, seminarios, adiestramientos. (En hoja aparte, indique cuáles, fecha del curso y entidad que auspició el mismo).

27. Informe aquellos reconocimientos, premios o distinciones que le han sido conferidos en relación con sus estudios o trabajo por organizaciones cívicas, públicas y privadas.

28. Asociaciones profesionales, Sociales y Culturales a las cuales pertenece.

Nombre de la Organización	Años como miembro	Puesto que ha desempeñado	Puesto Actual

III. ASUNTOS JUDICIALES

29. A. ¿Ha sido usted intervenido, enjuiciado, convicto o indultado por delito grave?

Sí

No

En caso afirmativo informe el número del caso, la fecha y el tribunal donde se ventiló el proceso y el resultado del mismo.

B. ¿Ha sido usted intervenido, enjuiciado, convicto o indultado por delito menos grave?

Sí

No

En caso afirmativo informe el número del caso, la fecha y el tribunal donde se ventiló el proceso y el resultado del mismo.

30. Informe si usted ha sido demandado en algún pleito civil.

Sí

No

En caso afirmativo informe el número del caso, la fecha y el tribunal donde se ventiló el proceso y el resultado del mismo.

31. ¿Ha sido usted o es parte de algún pleito civil en que tenga o haya tenido interés el Estado Libre Asociado, sus municipios o instrumentalidades?

Sí

No

En caso afirmativo, explique:

32. ¿Ha tenido usted reclamaciones personales fuera del Tribunal, como reclamante o reclamado?

33. ¿Ha sido usted disciplinado por el Tribunal Supremo de Puerto Rico en relación con su conducta profesional o tiene alguna querrela pendiente de resolución ante dicho tribunal por la misma razón?

Sí

No

En caso afirmativa, explique:

IV. EXPERIENCIA Y REFERENCIA PROFESIONAL

34. Comenzando con su ocupación actual, ofrezca información sobre todos los cargos o empleos que haya desempeñado. Utilizar las hojas adicionales que sean necesarias identificadas debidamente con su nombre y la pregunta que contesta.

- a. Nombre de la Institución
 - b. Dirección de la Institución
 - c. Título del cargo o empleo y salario
 - d. Nombre y dirección del supervisor inmediato
 - e. Duración del empleo o cargo, indicando mes y año
 - f. Breve descripción de los deberes del cargo o empleo , salario devengado y bonificaciones de cualquier tipo
 - g. Razón para abandonar el cargo o empleo
-

(1) Institución

- | | |
|----------|----------|
| a. _____ | e. _____ |
| b. _____ | f. _____ |
| c. _____ | g. _____ |
| d. _____ | h. _____ |

(2) Institución

- | | |
|----------|----------|
| a. _____ | e. _____ |
| b. _____ | f. _____ |
| c. _____ | g. _____ |
| d. _____ | h. _____ |

(3) Institución

- | | |
|----------|----------|
| a. _____ | e. _____ |
| b. _____ | f. _____ |
| c. _____ | g. _____ |
| d. _____ | h. _____ |

(4) Institución

- | | |
|----------|----------|
| a. _____ | e. _____ |
| b. _____ | f. _____ |
| c. _____ | g. _____ |
| d. _____ | h. _____ |

35. Si ha ejercido la profesión privadamente, indique dirección, por cuantos años y si fue en un bufete propio o en asociación. De ser en asociación, nombre y teléfono del Supervisor Inmediato.

36. Indique los nombres, dirección y teléfono de 5 clientes recientes.

Nombre	Dirección	Teléfono

37. Informe los nombres de 5 jueces ante los cuales ha comparecido con más frecuencia.

Nombre del Juez	Tribunal	Teléfono

38. Informe los nombres de 5 abogados que hayan sido sus adversarios, direcciones y teléfonos.

Nombre del abogado	Dirección	Teléfono

39. Informe sobre 5 casos o asuntos legales que fueron de mayor importancia en su carrera profesional. Utilice hoja adicional e identifique la pregunta y los casos.

De cada caso señale lo siguiente:

- Nombre de las partes, el número del caso y la Sala del Tribunal.
- Nombre del Juez que presidió el asunto
- Nombre y dirección de los abogados adversarios
- Breve relación de los hechos objeto de la controversia, los aspectos legales planteados, resolución final y fecha de la misma.

40. Informe sobre los artículos profesionales o cualquier otro escrito redactado por usted y la fecha del mismo.

41. Informe sobre conferencias, ponencias o discursos ofrecidos por usted y el nombre del foro ante el cual fue ofrecido.

42. Ofrezca el nombre de 5 personas, título, dirección y teléfono que estén en disposición de ofrecer referencias sobre su persona.

Nombre	Título	Dirección	Teléfono

V. REFERENCIAS DE CREDITO

43. Enumere las entidades financieras o comerciales con las cuales ha tenido relaciones comerciales.

Nombre de la Institución	Dirección	Núm. de cuenta	Balance

44. Informe si le ha sido negado o discontinuado el crédito.

Sí

No

Si ha contestado afirmativa informe:

Fecha	Nombre de la Institución	Núm. de Cuenta

45. ¿Recibe ingresos adicionales a su salario?

Sí

No

Si la contestación es en la afirmativa, explique el concepto del mismo.

46. Informe si tiene deudas pendientes de pagar con alguna corporación, agencia o instrumentalidad del Estado Libre Asociado, que no sean por concepto de servicio de agua, teléfono, energía eléctrica o contribuciones.

47. ¿Están al día sus responsabilidades contributivas con el Gobierno de Puerto Rico?

Sí

No

48. ¿Es usted Notario Público?

Sí

No

De contestar en la afirmativa, su obra notarial está:

Activa

Pasiva

Cual fue la fecha de su última inspección de Obra Notarial:

VI. DISPONIBILIDAD

Los funcionarios en cargos de fiscales, procuradores y registradores ejercen funciones en representación del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y su ubicación e itinerario está a discreción absoluta del Secretario de Justicia, según las necesidades del servicio. El lugar y/o región donde ejercerán sus funciones será determinado por el Secretario.

Los Fiscales y Procuradores de Asuntos de Menores son los funcionarios que tienen la responsabilidad en ley, a nombre del Pueblo de Puerto Rico, de procesar a los adultos o menores que cometen delitos o faltas y son los funcionarios del sistema de justicia criminal que participan en todas las etapas del procedimiento, a saber: investigación (incluye atención de escenas), procesamiento y cumplimiento de la sentencia. Es por ello, que la disponibilidad y flexibilidad en tiempo y lugar son parte esencial de sus funciones.

49. ¿Está usted dispuesto a desempeñar su cargo en cualquier lugar de Puerto Rico, incluyendo la posibilidad de trasladar su residencia al área donde sea designado a discreción absoluta e incuestionable del Secretario de Justicia?

Sí

No

De contestar en la negativa, explique sus razones.

49 (a). Además del turno diurno, los fiscales y procuradores tienen que desempeñar su cargo durante turnos nocturnos, sábados, domingos y días feriados. ¿Está usted dispuesto?

Sí

No

50. Informe tres (3) jurisdicciones de trabajo donde prefiera desempeñar las funciones de su cargo.

1.

2.

3.

51. ¿Está dispuesto a someterse a pruebas especiales tales como: psicológicas, detección uso de sustancias controladas o cualquier otra que el Secretario de Justicia estime necesaria?

Sí

No

VII. JURAMENTO Y AUTORIZACION

Por la presente declaro bajo juramento que he leído en todas sus partes el contenido de esta solicitud y que la información que he suministrado en esta Solicitud para Puesto para ocupar una posición de Fiscal, Procurador y Registrador, es exacta y verídica, y autorizo a cualquier persona, corporación, agencia o entidad privada o pública para que ofrezca a la persona que examina mi nominación, cualquier información que requiera sobre mi persona para corroborar o ampliar la información ofrecida por mí en este documento.

Fecha

Firma

Affidavit Núm.:

Jurada y suscrita ante mí por _____ de las circunstancias personales arriba indicada a quien conozco personalmente o de cuyo conocimiento me ha asegurado mediante _____ en _____, Puerto Rico hoy _____, de _____ de 20____.

SELLO

NOTARIO PÚBLICO

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE JUSTICIA



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Certifico que he presentado una solicitud para un puesto de Fiscal, Procurador de Asuntos de Menores, Procurador de Asuntos de Familia o Registrador de la Propiedad en el Departamento de Justicia. Autorizo a sus representantes para que realicen la investigación oficial que entiendan necesaria en relación con cualquier información en sus archivos relacionados con mi historial educativo, historial de empleo, récord médico o de salud, récord policial, récord de crédito, récord contributivo, redes sociales o cualquier información que se requiera.

Esta autorización se le entrega a usted para apoyar mi solicitud de empleo en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y la misma expirará al año después de firmada.

En San Juan, Puerto Rico a _____ de _____ de 20__.

FIRMA

NOMBRE DEL SOLICITANTE

SEGURO SOCIAL

N/A

NOMBRE DEL CÓNYUGE

N/A

SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE



SECRETARÍA AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS

Examen Médico

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Género: Masculino Femenino
 Nombre _____ Inicial _____
 Seguro Social _____ Clasificación (Puesto) _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a)
 _____ (m/d/a)
 Fecha de Nacimiento

I. Historial Médico

Indique donde aplique si padece o ha padecido de lo siguiente:

Condición	Sí	No	Condición	Sí	No	Condición	Sí	No
Ardor o Dificultad al Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias Nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en la Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catarros Frecuentes/Severos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azúcar / Albúmina en Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calambres en las Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques Falta de Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores en el Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades en los Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfs. de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades en los Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis o Neuritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades en el Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores, Quistes, Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques de Pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los Nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en las Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupación Excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades en los Huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades en el Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periodos de Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades en los Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedra en el Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique en el siguiente espacio otras enfermedades que haya padecido y operaciones sufridas. Además, si ha sido atendido(a) en un hospital indique cual:

	Sí	No
¿ Hace uso habitual o excesivo de bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Hace uso de sustancias controladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Se le ha negado empleo alguna vez debido a problemas de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es veterano, ¿le licenciaron del servicio por alguna enfermedad física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Historial Familiar

Relación	Edad	Estado de Salud	Si murió, indique causa	Edad al Morir
Padre				
Madre				
Hermanos				

Certificación del (la) Solicitante: Certifico que la información que he incluido en este formulario y que la que he suplido al médico examinador es verdadera y completa. Autorizo a cualquier médico u hospital a suministrar información sobre mi expediente médico al Departamento de Justicia. Igualmente autorizo al Departamento de Justicia a someterme en cualquier momento a un examen médico con el profesional de la salud que ustedes seleccionen. De haber omitido información o descubrirse cualquier falsedad o fraude, se podrá decretar la nulidad del nombramiento.

Firma del (la) Solicitante

Fecha

III. Examen Físico

Al Médico Examinador: Antes de que esta persona sea nombrada al servicio del Estado Libre Asociado de Puerto Rico tiene que reunir las normas de salud y condición física requerida para el puesto que solicita. Examine a esta persona y haga las anotaciones pertinentes en los apartados subsiguientes. El (la) Médico Examinador deberá revisar este formulario completo y suministrar cualquier información de importancia en el Historial Médico. Utilice papel adicional si fuera necesario.

Estatura, sin zapatos: _____ pulgadas	Peso: _____ libras	Apreciación de Colores		Sí	No
Ojos (Sin lentes): (20) _____ Derecho _____ Izquierdo	(20) _____ Derecho _____ Izquierdo	¿Es ésta normal cuando se usa la placa de colores Ishihara?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos (Con lentes): (20) _____ Derecho _____ Izquierdo	(20) _____ Derecho _____ Izquierdo	Si no, ¿puede el(la) solicitante pasar otra prueba comparable?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos: (5) _____ Derecho _____ Izquierdo	(5) _____ Derecho _____ Izquierdo	Nota: los denominadores indican lo normal. Llene el numerador con la distancia máxima a que puede oír conversación ordinaria.			

Evidencia de Enfermedades (Haga comentarios de ser necesario)	Sí	No
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cavidad Bucal y Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel; Describa Cicatrices y Tatuajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pecho y Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evidencia de Enfermedades (Haga comentarios de ser necesario)	Sí	No
Sistema Genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venas Varicosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espalda y Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cicatrices de Traumatismo Previo o Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición Siquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Anormalidades o Defectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza y Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones y Comentarios:

Pulso: Regular Irregular Presión Arterial: _____ Sistólica _____ Diastólica

Análisis de la orina Azúcar Gravedad específica Cilindros Albúmina

Enfermedades genito-infectosas Serología Otras (Indique) _____

Prueba de Tuberculina: _____

El solicitante puede desempeñar deberes que implican esfuerzo físico: Fuerte Moderado Liviano

(100 a 50 lbs) (50 a 25 lbs) (25 a 10 lbs)

El médico deberá llenar esta sección a máquina o en letra de molde.

Nombre:	Firma:
Número de Licencia:	Fecha del Examen:
Dirección:	Comentarios u Observaciones:
Firma del(de la) Solicitante:	