

Mail or fax completed report to:  
**Restricted Licensing**  
**Department of Licensing**  
**PO Box 9030**  
**Olympia, WA 98507**  
 Fax: **(360) 570-7893**  
 Email: **MedicalCerts@dol.wa.gov**

Utilice este formulario para solicitar que evaluemos la capacidad para conducir de una persona. Debe proporcionar información específica sobre sus afecciones médicas y visuales o su capacidad para conducir. La edad no se tomará en consideración. Con base en la información proporcionada, investigaremos y tomaremos las medidas, según sea necesario. **La falta de información puede ocasionar que no podamos actuar.**

Nosotros no podemos revelar el resultado, sin embargo, **proporcionaremos el formulario al conductor o a sus abogados mediante una solicitud previa por escrito.**

**Vision professionals:** To report results of a visual exam, use the **Visual Examination Report** (DR-500-033)

**Medical professionals:** To report results of a medical exam, use the **Physical Examination Report** (DR-500-035)

**Conductor**

Nombre del conductor ( <i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i> )			Fecha de nacimiento
Domicilio de residencia			
Ciudad	Estado	Código postal	Número de licencia para conducir
Declaración <i>Me preocupa que este conductor tenga una o más de las siguientes afecciones que pudieran afectar su capacidad para conducir de manera segura:</i> <input type="checkbox"/> Afección médica <input type="checkbox"/> Afección visual <input type="checkbox"/> Habilidades de manejo deficientes (explique a continuación)			
Detalles _____ _____ _____			

**Solicitante**

El conocimiento de este conductor se basa en la observación de un (*marque uno*)

**Law enforcement officer**  
 Name \_\_\_\_\_  
 Agency \_\_\_\_\_ Badge # \_\_\_\_\_  
 Check here if there was a collision with a serious injury or fatality and the driver was at fault

**Medical professional**  
 Name \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_ Professional license # \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ (Area code) Fax # \_\_\_\_\_

**Ciudadano preocupado**  
 Nombre (*primer nombre, segundo nombre, apellido*) \_\_\_\_\_  
 Dirección postal \_\_\_\_\_  
 (Código de área) n.º de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Relación con el conductor \_\_\_\_\_

Con base en mi observación o conocimiento personal, yo solicito al Department of Licensing evaluar las capacidades del conductor. Certifico so pena de perjurio en virtud de las leyes del estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto.

\_\_\_\_\_  
 Fecha y lugar (ciudad o país) en que firma

**X**  
 Firma

DR-500-008sp-usa (R/3/17)VWA