



# INFORME SOBRE LA CONDICIÓN O EL COMPORTAMIENTO DEL CONDUCTOR

Departamento de Transporte de Wisconsin  
MV3141S (1) 4/2019



## Esta sección deberá ser completada únicamente por UN AGENTE DEL ORDEN PÚBLICO O UN CIUDADANO PARTICULAR

La siguiente información se presenta para su consideración como "causa justificada" (Good Cause) para que el Departamento tome medidas, en virtud de lo autorizado en la sección 343.16 de la Ley de Wisconsin.

La edad avanzada por sí sola no puede considerarse causa justificada. Se **debe establecer una identificación positiva del conductor**. El número de placa **no** es suficiente.

**Esta información puede estar sujeta a la Ley de Registros Públicos de Wisconsin.**

Envíe a:

Wisconsin Department of Transportation  
Medical Review  
P.O. Box 7918  
Madison, WI 53707-7918  
Teléfono: (608) 266-2327  
FAX: (608) 267-0518  
Correo electrónico: [dmvmedical@dot.wi.gov](mailto:dmvmedical@dot.wi.gov)

|                                                                 |                      |                      |  |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| Nombre del conductor (primer nombre, segundo nombre, apellidos) |                      | Fecha de nacimiento  |  |
| <input type="text"/>                                            |                      | <input type="text"/> |  |
| Número de licencia de conducir                                  | Estado de emisión    |                      |  |
| <input type="text"/>                                            | <input type="text"/> |                      |  |
| Dirección, ciudad, estado, código postal                        |                      |                      |  |

Condición del conductor - Marque las casillas que correspondan. **Describa a continuación.**

- |                                                                                   |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Condición física                                         | <input type="checkbox"/> Confundido o desorientado                   |
| <input type="checkbox"/> Condición mental o emocional                             | <input type="checkbox"/> Bajo los efectos del alcohol u otras drogas |
| <input type="checkbox"/> Desmayo, convulsión, episodio de pérdida de conocimiento | <input type="checkbox"/> Deficiencia visual                          |
| <input type="checkbox"/> Falta de conocimiento de las leyes de tránsito           | <input type="checkbox"/> Obstrucción del tráfico                     |

|                                                    |                      |                      |                            |
|----------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|
| Tipo de medida policial o de cumplimiento adoptada | Fecha del incidente  | Hora                 | Fecha del informe (m/d/aa) |
| <input type="text"/>                               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |

**Describa detalladamente los incidentes o condiciones que hicieron que el conductor llamara su atención. Proporcione información específica, como fechas, lugares, informes de accidentes, si el personal médico de emergencia estuvo presente en la escena y cualquier información adicional disponible que respalde la medida tomada por el Departamento. El DMV no aceptará rumores, testimonios indirectos ni información de segunda mano.**

|                                          |                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Nombre en letra de molde                 | Número de teléfono, incluido el código de área |
| <input type="text"/>                     | <input type="text"/>                           |
| Dirección, ciudad, estado, código postal |                                                |
| <input type="text"/>                     |                                                |
| <b>X</b>                                 |                                                |
| (Firma)                                  | (Fecha m/d/aa)                                 |

Si este informe lo completan ciudadanos particulares o miembros de la familia, es OBLIGATORIO incluir el nombre completo, la dirección y la firma de la segunda persona o de las personas adicionales que puedan **corroborar** la información anterior. Una firma confirma que la información es veraz y correcta.

|                                          |                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Nombre en letra de molde                 | Número de teléfono, incluido el código de área |
| <input type="text"/>                     | <input type="text"/>                           |
| Dirección, ciudad, estado, código postal |                                                |
| <input type="text"/>                     |                                                |
| <b>X</b>                                 |                                                |
| (Firma)                                  | (Fecha m/d/aa)                                 |



# INFORME SOBRE LA CONDICIÓN O EL COMPORTAMIENTO DEL CONDUCTOR

Departamento de Transporte de Wisconsin  
MV3141S (2) 4/2019



## SECCIÓN EXCLUSIVA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Esta sección deberá ser completada únicamente por un médico (MD), un osteópata (DO), un optómetra (OD), un asistente médico certificado (PA-C) o un enfermero de práctica avanzada con autoridad prescriptiva (APNP).

Esta información no está sujeta a la Ley de Registros Públicos de Wisconsin; sin embargo, estará disponible para el conductor si la solicita.

|                                                                 |                      |                      |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre del conductor (primer nombre, segundo nombre, apellidos) |                      | Fecha de nacimiento  |
| <input type="text"/>                                            |                      | <input type="text"/> |
| Número de licencia de conducir                                  | Estado de emisión    | Fecha de examinación |
| <input type="text"/>                                            | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dirección, ciudad, estado, código postal                        |                      |                      |
| <input type="text"/>                                            |                      |                      |

**Describa detalladamente las condiciones médicas actuales y el diagnóstico del paciente. Proporcione información específica que respalde la medida tomada por el Departamento.**

| SÍ                       | NO                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿El paciente está en condiciones para conducir un vehículo de motor de forma segura en este momento? Una respuesta negativa conllevará la cancelación inmediata de todas sus licencias y permisos. El Departamento no puede realizar pruebas a una persona que se considere médicamente no apta o incapacitada.                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Si la respuesta a la pregunta n.º 1 es "Sí", ¿recomienda una reevaluación completa de la capacidad de conducción del paciente (pruebas de conocimientos, señales y habilidades)?                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Si la respuesta a la pregunta n.º 1 es "Sí", ¿recomienda que se restrinja la licencia de conducir? Marque todas las opciones que correspondan.<br><input type="checkbox"/> Uso continuo de oxígeno<br><input type="checkbox"/> Conducir solo durante el día<br><input type="checkbox"/> Conducir solo a _____ millas de casa<br><input type="checkbox"/> No conducir en autopistas o carreteras interestatales<br><input type="checkbox"/> Lentes correctivos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Recomienda una evaluación médica adicional?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                 |                                   |                                                |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|
| Nombre en letra de molde                        | Número de licencia médica         | Número de teléfono, incluido el código de área |
| <input type="text"/>                            | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                           |
| Dirección postal, ciudad, estado, código postal | Firma del MD, DO, OD, PA-C o APNP |                                                |
| <input type="text"/>                            | <b>X</b>                          |                                                |
|                                                 | (Firma)                           | (Fecha m/d/aa)                                 |