INFORME SOBRE LA CONDICIÓN O EL COMPORTAMIENTO DEL CONDUCTOR (DRIVER CONDITION OR BEHAVIOR REPORT)

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

Borrar formulario

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

Nombre del conductor (primer nombre, segundo nombre, apellidos)	Fecha de nacimiento
	– –

Número de licencia de conducir	Estado de emisión	
– – –		

Dirección, ciudad, estado, código postal

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

- ☐ Condición física
- ☐ Condición mental o emocional
- ☐ Desmayo, convulsión, episodio de pérdida de conocimiento
- ☐ Falta de conocimiento de las leyes de tránsito
- ☐ Confundido o desorientado
- ☐ Bajo los efectos del alcohol u otras drogas
- ☐ Deficiencia visual
- ☐ Obstrucción del tráfico

Tipo de medida policial o de cumplimiento adoptada	Fecha del incidente	Hora	Fecha del informe (m/d/aa)

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

Dirección, ciudad, estado, código postal	X (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

Dirección, ciudad, estado, código postal	X (Firma) (Fecha m/d/aa)

INFORME SOBRE LA CONDICIÓN O EL COMPORTAMIENTO DEL CONDUCTOR

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

Borrar formulario

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 – –

Número de licencia de conducir – – –	Estado de emisión	Fecha de examinación

Dirección, ciudad, estado, código postal

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

SÍ	NO		
☐	☐	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.
☐	☐	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)?
☐	☐	3.	Si la respuesta a la pregunta n.° 1 es “Sí”, ¿recomienda que se restrinja la licencia de conducir? Marque todas las opciones que correspondan. ☐ Uso continuo de oxígeno ☐ Conducir solo durante el día ☐ Conducir solo a _____ millas de casa ☐ No conducir en autopistas o carreteras interestatales ☐ Lentes correctivos
☐	☐	4.	¿Recomienda una evaluación médica adicional?

Nombre en letra de molde	Número de licencia médica –	Número de teléfono, incluido el código de área
Dirección postal, ciudad, estado, código postal	Firma del MD, DO, OD, PA-C o APNP **X** (Firma)	(Fecha m/d/aa)