



PPR-148.6

**Certificación Médica
Aspirante a División Especializada**

Parte A: Para ser llenado por el solicitante	
Nombre Legal	Nombre Preferido
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Lugar de Trabajo
Parte B: Para ser llenado por el médico evaluador	
Historial Médico Pasado:	
Alergias:	
Historial Quirúrgico:	
Hospitalizaciones:	
Lesiones reportadas o radicadas a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado:	



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Negociado de la Policía de Puerto Rico



PPR-148.6 (a)

Examen Físico:

Vitales: B/P: ____/____ P: ____ RR: ____ T: ____ WT: ____

GA: _____

HEENT: _____

HEART: _____

LUNGS: _____

ABD: _____

EXT: _____

NEURO: _____

CBC	CMP
UA	LIPID
VDRL	CXR

Laboratorios:

Yo, _____, MD certifico que _____

está _____ no está _____ apto para llevar a cabo los ejercicios requeridos por el

Negociado de la Policía de Puerto Rico.

Firma: _____, MD Fecha: _____
(dd/mm/aaaa)

Parte C: Para ser llenado por la Oficina de Servicios Médicos

Aprobado Denegado

Firma del Médico	Número de Licencia	Fecha
------------------	--------------------	-------