

INDICE GENERAL

Aprobado: Ferdinand Mercado

Secretario de Estado

Por: Miguel M. Acosta
SubSecretario de Estado

CAPITULO I

	DISPOSICIONES GENERALES	1
ARTICULO I	BASE LEGAL	1
ARTICULO II	OBJETIVOS	1
ARTICULO III	APLICABILIDAD	1
ARTICULO IV	CONCEPTO Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	1 - 3
ARTICULO V	PROCEDIMIENTO PARA OBTENER SOLICITUD PARA CERTIFICACION	3
ARTICULO VI	REQUISITOS PARA SOLICITAR ROTULO REMOVIBLE	3
ARTICULO VII	CERTIFICACIONES	3
ARTICULO VIII	VIOLACIONES AL REGLAMENTO	4
ARTICULO IX	DERECHO DE RECONSIDERACION	4
ARTICULO X	DISPOSICIONES MISCELANEAS	4
FECHA DE APROBACION		5

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
SAN JUAN, PUERTO RICO**

REGLAMENTO DEL SECRETARIO DE SALUD NUM. 105

REGLAMENTO PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICACION DE LAS PERSONAS FISICAMENTE IMPEDIDAS PARA EL USO DE ROTULOS REMOVIBLES.

CAPITULO I ➤ DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO I ➤ BASE LEGAL

Este Reglamento se promulga al amparo de la Ley 81 de 14 de marzo de 1912, que crea el Departamento de Salud y confiere a su Secretario la facultad de llevar a cabo programas dirigidos hacia la prevención y bienestar de la salud; así como, a prescribir, derogar y enmendar normas y reglamentos para su funcionamiento. Este reglamento se establece de conformidad con el mandato legislativo según expuesto en el Artículo 2.21 de la Ley Núm. 141 de 20 de julio de 1960 conocida como Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico, subsecuentemente enmendada por la Ley 22 de 7 de enero de 2000, y al amparo del Artículo 4 (b) del Artículo (d) y el Artículo 10 de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como “Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme”.

ARTICULO II ➤ OBJETIVOS

Procesar y expedir, cuando sea aplicable, aquellas certificaciones que toda persona cuyo impedimento permanente o de duración indefinida necesite para obtener un rótulo removible expedido por el Secretario del Departamento de Transportación y Obras Públicas y que lo identifique como persona con impedimentos.

Esta certificación se hará conforme a la “Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico” según enmendada con la Ley Núm. 22 de 7 de enero de 2000.

ARTICULO III ➤ APLICABILIDAD

Este reglamento aplicará a los procedimientos de certificación que las personas con impedimentos soliciten para poder obtener un rótulo de identificación removible que expide el Departamento de Transportación y Obras Públicas el cual los autoriza para estacionar en áreas designadas para personas con impedimentos.

ARTICULO IV ➤ CONCEPTO Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

1. “Personas físicamente impedidas” para propósitos de solicitar expedición de Certificación para Uso del Rótulo Removibles: Toda aquella persona con condiciones físicas permanentes que dificulte sustancialmente su movilidad o le ocasionen problemas para ganar acceso libremente a lugares y edificios y que padezca de alguna de las siguientes condiciones:

- a. Parálisis total y permanente de las extremidades inferiores, anquilosis de algunas de las articulaciones mayores u otra condición permanente que no le permita moverse con facilidad o que requiera para su ambulación el uso permanente de una silla de ruedas o equipo asistivo.

- b. Parálisis parcial de cualquier extremidad inferior que requiera para su ambulación, por lo menos, el uso de abrazaderas y/o equipo asistivo.
 - c. Amputación de una o ambas extremidades inferiores.
 - d. Hemipléjicos que requieren equipo asistivo.
 - e. Condiciones pulmonares severas que limiten la capacidad vital en más de sesenta por ciento (60%).
 - f. Fallos renales crónicos severos que requieren tratamientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal un mínimo de dos (2) veces por semana.
 - g. Condiciones cardiovasculares grado III-C en adelante.
 - h. Implantación de prótesis de tobillo, cadera o rodilla que afecte severa y permanentemente la ambulación.
 - i. Lesiones o secuelas de cirugías, columna vertebral en las cuales queda deficit neuromuscular severo o permanente que afecte la ambulación.
 - j. Lesiones del sistema nervioso central periférico que afecten severa y permanentemente la ambulación.
 - k. Deformidades congénitas, adquiridas y secuelas de cirugía de cualquiera de las articulaciones de las extremidades inferiores que limiten marcadamente la ambulación.
 - l. Condiciones de claudicación intermitente y periferovascular que afecten marcadamente la ambulación.
 - m. Ceguera total o condición de agudeza de vision central no mayor de 20/400 (ciego legal) con su mejor corrección en su mejor ojo y cuya agudeza visual, aunque mayor de 20/400, está limitada en el campo visual o no más de 20 grados en su diámetro más ancho. En todos los casos la condición ha de ser certificada por un oftalmólogo u optómetra.
2. Querella ➤ Reclamación presentada por una persona particular o por cualquier dependencia del Departamento de Salud solicitando que le sea reconocido su derecho y se le conceda un remedio.
 3. Querellado ➤ Persona natural o juridical a quien cualquier persona interesada, el Departamento de Salud o la Autoridad Adjudicativa le imputa la comisión de una violación o infracción de las leyes y reglamentos que administra el Departamento.
 4. Vista ➤ Procedimiento administrativo en el cual se ventilan las alegaciones de las partes la cual sera presidida por un Oficial Examinador designado por el Departamento de Salud y cuyo procedimiento se regirá de conformidad con el Reglamento del Secretario de Salud para regular los procedimientos adjudicativos en el Departamento de Salud y sus dependencias.
 5. Departamento ➤ Departamento de Salud

6. Certificación Médica ➤ **Declaración expedida por el medico privado del solicitante o su médico primario o su médico de cabecera quien deberá estar debidamente autorizado a ejercer como tal en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y, en los casos que lo amerite, donde certifica en forma completa y adecuada al solicitante y la condición física permanente que le afecta y lo cualifica como una persona con impedimentos de conformidad con la Ley.**

ARTICULO V ➤ PROCEDIMIENTO PARA OBTENER SOLICITUD PARA CERTIFICACION

Toda persona físicamente impedida que solicite la certificación para el uso de rótulos especiales deberá hacerlo cumplimentando el formulario "Solicitud de verificación de elegibilidad para uso de rótulo removible para utilizar estacionamiento reservado para personas con impedimentos" que estará disponible en la Oficina de los Directores Regionales del Departamento de Salud.

ARTICULO VI ➤ REQUISITOS PARA SOLICITAR ROTULO REMOVIBLE

Someter Solicitud para Certificación debidamente completada al Departamento de Salud que contendrá lo siguiente:

- a. Información personal del solicitante
- b. Certificado Médico debidamente completado por un médico que éste debidamente autorizado a ejercer la medicina en Puerto Rico informando la condición y grado de impedimento del solicitante.

Dicho certificado médico deberá ser completado y expedido por el médico de cabecera del solicitante o por su médico primario
- c. Dos (2) retratos 2 x 2
- d. Autorización firmada por el solicitante para requerir información médica adicional a discreción del Departamento.
- e. No será necesaria una nueva certificación médica al momento de renovar el rótulo removible en las siguientes condiciones permanentes:
 - Perlesia cerebral
 - Cuadraplegía
 - Paraplegia
 - Amputación de extremidades inferiores o su reemplazo por prótesis
 - Lesiones del sistema nervioso central o periférico
 - Ceguera total
- f. La solicitud está disponible en la Oficina Regional del Departamento de Salud.
- g. La solicitud debidamente completada incluyendo todas los documentos y la certificación médica deberá ser sometida a la Oficina Regional de Departamento de Salud para determinar su elegibilidad.

ARTICULO VII ➤ CERTIFICACIONES

El Secretario del Departamento o su representante autorizado expedirá una certificación a aquellas personas físicamente impedidas elegibles. Esta será utilizada única y exclusivamente para someterla al Departamento de Transportación y Obras Públicas, a tenor con la Ley y los reglamentos aplicables, emita o no el rótulo removible solicitado.

ARTICULO VIII ➤ VIOLACIONES AL REGLAMENTO

1. Cualquier violación a este Reglamento se considerará un delito menos grave.
2. De determinarse que se ha ofrecido información falsa en el certificado médico que se expida de conformidad con este Reglamento, ello será referido al Tribunal Examinador de Médicos.

ARTICULO IX ➤ DERECHO DE RECONSIDERACION

Toda Persona con Impedimentos cuya solicitud para su certificación haya sido denegada o revocada podrá presentar una Querella al Departamento de Salud y para ello será de aplicación el Reglamento del Secretario de Salud para Regular los Procedimientos Adjudicativos en el Departamento de Salud y sus Dependencias, Reglamento Núm. 85 de 5 de agosto de 1996. Este Reglamento provee para la presentación de Querellas, celebración de vistas (de no ser necesario) y determinación de la misma. Copia de este Reglamento Núm 85 está disponible en la Oficina de Asesores Legales del Departamento de Salud previo pago de los derechos correspondientes.

ARTICULO X ➤ DISPOSICIONES MISCELANEAS

1. **Cláusula Derogatoria ➤** Este Reglamento deja sin efecto toda norma, pauta, procedimiento o parte de éstos que esté (n) en conflicto con sus disposiciones.
2. **Cláusula de Salvedad ➤** Cualquier asunto no cubierto por este reglamento, será resuelto por el Secretario de Salud en conformidad con las leyes, reglamentos, órdenes ejecutivas aplicables y en todo aquello que no esté previsto en las mismas se regirá por las normas de sana administración pública y los principios de la política pública vigente.
3. **Separabilidad ➤** Cualquier disposición de este Reglamento o de cualquiera de las enmiendas que en el futuro se efectúen en el mismo, que se declaren nulas, o inconstitucionales por una autoridad judicial competente, disposiciones, sino que su efecto se limitará a la palabra, inciso, oración artículo o parte específicamente afectada.
4. **Enmiendas ➤** Este Reglamento podrá ser enmendado por el Secretario de Salud de acuerdo con la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada.
5. Este Reglamento entrará en vigor en el término de tres (3) días a partir de su radicación en el Departamento de Estado de acuerdo a las disposiciones de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada.

FECHA DE APROBACION:

27 de diciembre de 2000

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carmen Feliciano de Melecio', written over a horizontal line.

CARMEN A. FELICIANO DE MELECIO, M.D.
SECRETARIO DE SALUD

RADICADO EN EL DEPARTAMENTO DE ESTADO EL DIA 28 DE
diciembre DE 2000.

Nuevo
 Renovación

DS 1-01

Adhiera aquí dos retratos 2x2
Del Solicitante

DEPARTAMENTO DE SALUD
DIVISION DE SERVICIOS DE HABILITACION

Solicitud de certificación o recertificación de eligibilidad para uso de rótulo removible de Estacionamientos reservados para personas con impedimentos
(Ley 141 de 1960 – Sec. 2-410, según enmendada)
DEBE RENOVARSE CADA DOS AÑOS

INSTRUCCIONES: El solicitante (persona con impedimento) o la persona encargada de ésta debe llenar en su totalidad la parte A con la información del impedido. La parte B debe ser completada y firmada por su médico, la parte C es para uso exclusivo del Departamento de Salud.

Parte A

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes _____ Año ____ Edad ____

Dirección Res. _____

Dirección Postal: _____

Zip Code _____

Teléfono Res. _____ Trabajo: _____ Ext. _____

Nombre de Persona Encargada: _____ Parentesco: _____

Describe brevemente la condición que le limite su capacidad para caminar movilizarse: _____

Autorizo al Departamento de Salud o su representante a solicitar información relacionada con mi condición médica cuando sea necesario.

Fecha: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE O PERSONA
ENCARGADA

CERTIFICACION MEDICA

Parte B (Médico debe llenarla en su totalidad)

CERTIFICO que _____ expediente medico número _____padece de la siguiente condiciones físicas que limitan su capacidad de caminar o movilizarse:

- I. Diagnóstico del paciente y comentarios sobre la condición incapacitante:
 - 1.
 - 2.
 - 3.

- II. El medico debe indicar por cual condición o condiciones el solicitante presenta limitación en la movilidad.
 1. Parálisis parcial o total, permanente; Anquilosis de las extremidades inferiores.
¿Requiere el uso de equipo asistivo? Sí _____ No _____ Bastón _____ Silla de ruedadas _____ Andador _____ Otros _____.
 2. Amputación de una o ambas extremidades inferiores.
 3. ¿Usa Prótesis? Sí _____ No _____
 4. Hemiplegía que requiere para su ambulación equipo asistivo.
 5. Condición pulmonar: Neumólogo indique la limitación porcentual _____% de la capacidad del solicitante.
 6. Fallo renal - ¿Recibe tratamiento de hemodiálisis? Sí _____ No _____ Frecuencia _____
 7. Claudicación intermitente o condiciones perifero vascular que limiten su ambulación.
 8. Condición cardíaca – Cardiólogo o Internista debe indicar la clasificación funcional y terapéutica según NYHC (I, II, III, IV – A, B, C, D, E) (importante marcar un número romano y una de las letras).
 9. Implantación de prótesis de tobillo, cadera o rodilla, indique derecha o izquierda.
 10. Cirugía de columna – Médico debe indicar residual post quirúrgico.
 11. Deformidad congénita o adquirida de las extremidades inferiores que limite su ambulación.
 12. Lesión del sistema nervioso central o periférico.
 13. Condición oftalmológica debe ser certificada por un especialista (oftalmólogo u optómetra). (Importante). Debe indicar agudeza visual en grados por cada ojo.
 14. Otra condición incapacitante severa que afecta la ambulación del solicitante.

- III. Nombre del medico _____ Firma _____
 Letra de Molde _____
 Número Licencia _____ Especialidad _____ Teléfono _____
 Dirección _____

Parte C

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD.

____ SOLICITUD APROBADA

____ SOLICITUD DENEGADA

DIAGNOSTICO: _____

CLAVE: _____

COMENTARIOS _____

NOMBRE DEL EVALUADOR: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

NOTA: Toda persona que (1) hiciera declaraciones falsas con el propósito de tener los privilegios de rótulo especial, o (2) hiciera declaraciones falsas para que otra persona pueda obtener los privilegios del rótulo especial, o (3) utilice el rótulo especial en violación de las disposiciones de la Ley 141 de 1960, Sec. 2-410, según enmendada, incurrirá en un delito punible con multa y/o reclusión a discreción del Tribunal de Justicia.

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD**

___ de _____ de 2001

Sr(a). _____

SS. _____

Me refiero a su solicitud de rótulo removable para personas físicamente impedidas. (Ley 141 Artículo 2.21, según enmendada). A los fines de poder tramitarla es necesario nos provea la información y/o certificaciones que a continuación se indican:

1. ___ **Espirometría reciente o certificación médica del neumólogo** que haga constar cuál es el porcentaje de limitación que usted tiene en su capacidad vital pulmonar actual. Necesitamos por ciento (%) PRED.FVC Y FEV1.
2. Certificación médica del **Cardiólogo** que haga constar cuál es su **Clasificación Cardíaca Funcional (I,II,III,IV) y Terapéutica Actual (A,B,C,D,E) (NYHA)**.
3. Certificación médica del **Oftalmólogo u Optómetra** (Requisito de Ley) de su Condición visual actual (**AGUDEZA VISUAL**).
4. Repote De placas Lumbosacral-Spine.
5. Reporte de placas de caderas, rodillas o tobillo, la que sea relevante a su caso.
6. ___ Favor de traer evidencia que sea relevante a su caso. Ej. Copias de reportes de placas o de **Tomografía Computarizada (CT) o Resonancias Magnéticas (MRI), Electromiografías o Prueba de las Agujas (EMG/NCV)**.
7. ___ Favor de traer certificado medico del Especialista señalado: (uno de éstos):

___ Internista
___ Fisiatra

___ Neurocirujano
___ Ortopeda

___ Neurólogo
___ Reumatólogo

En el que certifique cuál es la limitación marcada para la ambulación. El Especialista debe indicar si requiere equipo asistivo permanente para la ambulación.

8. ___ Deberá enviar Reporte de Estudio No-Invasivo Periferovascular Extremidades Inferiores. (**B-Scan Image/Spectral Doppler**).
9. ___ Fallo Renal con hemodiálisis.
10. ___

Gracias por su cooperación. Favor devolvernos esta página con la evidencia médica solicitada. Dicha evidencia deberá ser del año _____ en adelante.

Director de Regional
Departamento de Salud

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD**

___de_____de 2001.

Estimado(a) señor(a):

Deseamos comunicarle, que su Solicitud de certificación de rótulo removible para utilizar estacionamiento reservados para personas con impedimentos ha sido denegada. La evidencia médica presentada no demuestra incapacidad para ambular.

De acuerdo con el reglamento y la ley que contempla el uso de rótulos removibles su condición:

_____no cumple con los 12 requerimientos mínimos contemplados en la ley.

_____no presenta problema severo de ambulación. La evidencia médica no establece incapacidad para caminar.

Deseamos informarle que tiene el derecho de apelar esta decisión dentro de los 15 días a la fecha de envío de la presente notificación. La apelación puede hacerla por escrito y enviarla a la siguiente dirección: **División de Servicios de Rehabilitación, Departamento de Salud, P. O. Box 70184, San Juan, Puerto Rico 00936.**

Atentamente,

Dr.

Director Regional

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD**

**ESTE ORIGINAL ES PARA USTED.
LA COPIA ES PARA DEJARLA EN
LA OFICINA DE OBRAS PUBLICAS.**

Estimado(a) señor(a):

Tengo a bien incluirle Certificación de Elegibilidad para Uso de Rótulo Removible para utilizar Estacionamientos Reservados para Personas con Impedimentos, debidamente firmada por el suscribiente.

Para adquirir el Rótulo Removible, deberá presentar esta certificación en la Oficina Regional del Departamento de Transportación y Obras Públicas más cercana a su residencia.

Cordialmente,

Director Regional

Anejo



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA USO DE ROTULO REMOVIBLE
PARA UTILIZAR ESTACIONAMIENTOS RESERVADOS PARA PERSONAS
CON IMPEDIMENTOS (LEY 141 – SEC. 2.21)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE INICIAL

SEXO: M ___ F ___ NUM. SEGURO SOCIAL _____

FECHA DE NACIMIENTO: DIA ___ MES _____ AÑO _____

DIRECCION: _____

DIAGNOSTICO: _____ CLAVE(S) _____

PERSONA ENCARGADA _____ PARENTESCO _____

FECHA DE CERTIFICACION: DIA ___ MES _____ AÑO _____

Certificado Por: _____
Secretario(a) Departamento de Salud o su
Representante Autorizado

NOTA: Esta Certificación sera válida por dos (2) años

Estimado(a) señor(a):

Recibimos su solicitud de recertificación para uso de rótulo removable. Para procesar la misma es necesario nos envíe la información marcada con la **X**.

_____ FECHA DE NACIMIENTO

_____ DOS (2) FOTOS 2X2 (RECIENTES)

_____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL

--FAVOR DEVOLVER LA SOLICITUD CON LA INFORMACION SOLICITADA.

--FAVOR DEVOLVER ESTA HOJA CON LA INFORMACION SOLICITADA.

Para aclarar cualquier duda o pregunta, favor de comunicarse al siguiente teléfono 274-5660, Y/o escribimos a: División de Servicios de Habilitación, Departamento de Salud, P. O. Box 70184, San Juan, Puerto Rico 00936.

Cordialmente,

Director Regional
Departamento de Salud