ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

SOLICITUD DE TARJETA DE IDENTIFICACION UNICA PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS
LEY 107-1998 Y LEY 51-2001

Nombre y Apellidos: _____
(persona a favor de quien se expide la tarjeta)

Edad: _____ **# Seguro Social:** **XXXX** - **XX** - _____

Dirección Postal: _____

_____

Dirección Física: _____

_____

Número de teléfono: _____

Condición de impedimento que certifica el médico:

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____
Nombre Firma Fecha

Para uso oficial

Aprobada: _____ No Aprobada: _____

Razón: _____
Firma del Director: _____
Fecha: _____

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud