

Certificado Médico

Nombre del paciente:

..... , m ♂ f ♀
Apellido(s) Nombre(s) sexo nacido (dd/mm/aaaa)

El que suscribe, Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, habiendo practicado reconocimiento médico al/a la paciente arriba indicado/a, certifica:

- No existen síntomas de enfermedad orgánica o infecciosa ni de ninguna otra enfermedad transmisible.
- El/la paciente no padece de ninguna enfermedad crónica que lo/la limite físicamente.
- Observaciones/enfermedades/comentarios:

.....
.....
.....
.....
.....

Grupo sanguíneo:

Factor R.H.:

Número de Cédula Profesional y/o
Sello del Médico:

Fecha:

Nombre Doctor:

Firma Doctor: