



CERTIFICADO MÉDICO

Modelo General — En Blanco

El/La que suscribe, Dr./Dra.: _____ Cédula/Matrícula N°: _____
Especialidad: _____ Institución/Consultorio: _____

CERTIFICA:

Que habiendo practicado reconocimiento médico a: _____

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Documento de identidad: _____ Nacionalidad: _____

SIGNOS VITALES

T.A.: _____ F.C.: _____ F.R.: _____ Temp.: _____
Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ kg/m²

HALLAZGOS CLÍNICOS / SE ENCUENTRA:

DIAGNÓSTICO / OBSERVACIONES:

Se expide el presente certificado para los fines que al interesado convengan, en la ciudad de: _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____

Cédula / Matrícula Profesional: _____