

CERTIFICADO MÉDICO

Plantilla General · Modelo Oficial

El profesional de la salud que suscribe, legalmente habilitado para ejercer la medicina,
certifica haber practicado reconocimiento médico a la persona que a continuación se identifica:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellidos: _____ Fecha de nac.: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Doc. de identidad: _____ Teléfono: _____

ESTADO DE SALUD / HALLAZGOS

DIAGNÓSTICO:

OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES:

Se expide en la ciudad de: _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Dr./Dra.: _____ Cédula Profesional: _____ Fecha: _____