



CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

Justificante de Ausencia al Trabajo

Dr./Dra.: _____ Cédula Profesional: _____ Especialidad: _____
Consultorio / Hospital: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

CERTIFICA PARA EFECTOS LABORALES:

Que el/la trabajador/a de nombre: _____
Documento de identidad: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Empresa / Centro de trabajo: _____

ACUDIÓ A CONSULTA MÉDICA EL DÍA / PERÍODO DE AUSENCIA:

Fecha de consulta / inicio: _____ Fecha de regreso al trabajo: _____
Días de ausencia justificada: _____ ☐ Ausencia total ☐ Horario reducido ☐ Teletrabajo recomendado

MOTIVO DE LA CONSULTA / DIAGNÓSTICO (sin detallar si el paciente no autoriza):

RESTRICCIONES LABORALES TEMPORALES:

☐ Ninguna restricción ☐ Sin esfuerzo físico ☐ Sin trabajo nocturno ☐ Sin pantallas ☐ Otra: _____

El presente certificado se expide en: _____ el día _____ del mes de _____ de _____.

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____

Cédula / Matrícula Profesional: _____