

CERTIFICADO MÉDICO PARA EL TRABAJO

Doctor's Note · Justificante Laboral

Dr./Dra.: _____ Cédula: _____ Especialidad: _____
Consultorio: _____ Ciudad: _____

CERTIFICA PARA EFECTOS LABORALES

El/La Sr./Sra.: _____ Sexo: _____

Doc. Identidad: _____ Fecha nac.: _____ Edad: _____

Empresa / Centro de trabajo: _____

ASISTIÓ A CONSULTA MÉDICA / PERÍODO DE AUSENCIA LABORAL JUSTIFICADA:

Fecha de consulta: _____ Regreso al trabajo: _____

Limitaciones: ☐ Ninguna ☐ No esfuerzo físico ☐ No pantallas ☐ Jornada parcial ☐ Otra: _____

MOTIVO / DIAGNÓSTICO:

RECOMENDACIONES AL EMPLEADOR:

Certificado expedido en: _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

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