



CERTIFICADO DE ALTA MÉDICA

Autorización de Reincorporación Laboral

Dr./Dra.: _____ Cédula/Matrícula: _____ Especialidad: _____

Centro de Salud / Clínica: _____ Dirección: _____

CERTIFICA EL ALTA MÉDICA DE:

Paciente / Trabajador/a: _____

Documento de identidad: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Empresa / Centro de trabajo: _____

✓ ALTA MÉDICA CONCEDIDA

Fecha de alta: _____ Reincorporación a partir del: _____

Modalidad: ☐ Plena ☐ Progresiva ☐ Horario reducido ☐ Con restricciones ☐ Teletrabajo

DIAGNÓSTICO DE BAJA (REFERENCIA):

CONDICIONES PARA LA REINCORPORACIÓN / RESTRICCIONES RESIDUALES:

El presente certificado se expide en: _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____

Cédula / Matrícula Profesional: _____