



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Examen Médico Ocupacional · Apto / No Apto

Dr./Dra.: _____ Cédula Médica: _____ Especialidad: Medicina del Trabajo / Laboral
Empresa / Servicio Médico: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

CERTIFICA LA APTITUD MÉDICO-LABORAL DE:

Trabajador/a: _____ Sexo: _____
Documento: _____ Edad: _____ Puesto: _____
Empresa: _____ Tipo de examen: _____

RESULTADO DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL:

☐ ✓ APTO	☐ ■ APTO CON RESTRICCIONES	☐ X NO APTO
---------------------------------	---	------------------------------------

SIGNOS VITALES Y PARÁMETROS CLÍNICOS:

T.A.: _____	F.C.: _____	F.R.: _____	Temp.: _____	Peso: _____
Talla: _____	IMC: _____	Glucosa: _____	Visión: _____	

OBSERVACIONES / RESTRICCIONES ESPECÍFICAS:

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

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____

Cédula / Matrícula Profesional: _____