

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO-LABORAL

Apto para Trabajar · Medicina del Trabajo

Dr./Dra.: _____ Cédula: _____

Empresa/Centro Médico: _____

CERTIFICA LA APTITUD LABORAL DEL/DE LA TRABAJADOR/A:

Nombre: _____ Edad: _____

Documento: _____ Puesto/Cargo: _____

Empresa: _____ Tipo exam.: _____

DICTAMEN DE APTITUD MÉDICO-LABORAL:

☐

APTO/A SIN RESTRICCIONES

☐

APTO/A CON RESTRICCIONES

☐

NO APTO/A

Vigencia del certificado: _____ Próx. evaluación: _____

HALLAZGOS CLÍNICOS Y PARÁMETROS:

RESTRICCIONES / RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

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

Fecha

___ / ___ / ____

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____