

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Apto / No Apto para el Trabajo · Evaluación Ocupacional

Médico Evaluador: _____ Cédula: _____
Empresa/Institución: _____ Ciudad: _____

EVALUACIÓN DE APTITUD MÉDICO-LABORAL

Trabajador/a: _____ Sexo: _____
N.º Documento: _____ Edad: _____ Cargo: _____
Empresa: _____ Riesgo del puesto: _____

DICTAMEN MÉDICO DE APTITUD:

☐ APTO/A SIN RESTRICCIONES

☐ APTO/A CON RESTRICCIONES

☐ NO APTO/A TEMPORAL

☐ NO APTO/A DEFINITIVO

Vigencia: _____ Próxima evaluación: _____

HALLAZGOS / LIMITACIONES:

RESTRICCIONES Y CONDICIONANTES ESPECÍFICOS:

Expedido en: _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

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