



CERTIFICADO DE BUENA SALUD

Estado General de Salud · Para Imprimir

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

Centro de Salud: _____ Dirección: _____

CERTIFICA QUE EL/LA SIGUIENTE PERSONA GOZA DE BUENA SALUD:

Nombre completo: _____

Documento de identidad: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____

✓ SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD

No padece enfermedad infecto-contagiosa ni ninguna condición que ponga en riesgo la salud pública.

Es apto/a para: ☐ Actividades laborales ☐ Actividades escolares ☐ Viaje ☐ Trámite institucional ☐ Otro: _____

SIGNOS VITALES AL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN:

T.A.: _____ F.C.: _____ Temp.: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Vigencia del presente certificado: _____ Expedido en: _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____

Cédula / Matrícula Profesional: _____