

CERTIFICADO DE SALUD

Buena Salud · Formato para Imprimir / PDF Editable

Yo, Dr./Dra.: _____ Cédula/Matr.: _____

Médico/a de: _____

CERTIFICA EL BUEN ESTADO DE SALUD DE:

El/La Sr./Sra.: _____ Edad: _____

Identificado/a con: _____ Sexo: _____ Nac.: _____

✓ GOZA DE BUEN ESTADO DE SALUD GENERAL

No presenta enfermedades infecto-contagiosas ni condiciones que afecten la salud pública,
de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional. Apto/a para los fines que se indique.

SIGNOS VITALES Y EXPLORACIÓN:

OBSERVACIONES MÉDICAS:

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

Fecha

____ / ____ / ____

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____