

CERTIFICADO DE BUENA SALUD

Estado de Salud General · Trámites e Instituciones

Dr./Dra.: _____ Cédula: _____ Espec.: _____
Centro médico/Hospital: _____ Tel.: _____

EL PROFESIONAL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA:

Nombre completo: _____
Documento N.º: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____

LA PERSONA IDENTIFICADA GOZA DE BUENA SALUD

No padece enfermedades infecto-contagiosas. No presenta contraindicaciones para las actividades indicadas.

Fines del certificado: ☐ Laboral ☐ Escolar ☐ Deportivo ☐ Trámite institucional ☐ Viaje ☐ Otro: _____

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

OBSERVACIONES MÉDICAS:

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

Vigencia del certificado: _____.

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