**CERTIFICADO DE SALUD MENTAL**

**Datos del Paciente:**

* Nombre completo: [Nombre del paciente]
* Documento de Identidad (DNI o equivalente): [Número de documento]
* Fecha de nacimiento: [Fecha de nacimiento]

**Fecha y Lugar de Evaluación:**

* Fecha: [Fecha de la evaluación]
* Lugar: [Centro de salud o consultorio médico]

**Evaluación de la Salud Mental:** Certifico que el Sr./Sra. [Nombre del paciente] ha sido evaluado/a en consulta por su estado de salud mental. Durante la evaluación, se realizaron pruebas y entrevistas conforme a los estándares clínicos vigentes. A continuación, se presentan los hallazgos y conclusiones:

1. **Estado Cognitivo:** El paciente muestra un nivel cognitivo adecuado para su edad y situación.
2. **Juicio y Capacidad de Decisión:** No se presentan alteraciones en el juicio ni en la capacidad de toma de decisiones.
3. **Orientación:** Se encuentra orientado en tiempo, lugar y persona.
4. **Ausencia de Trastornos Mentales:** No se observan síntomas de trastornos mentales que puedan afectar su capacidad de comprensión, decisión o actuación.

**Observaciones Adicionales (si aplica):**
[Especificar cualquier observación relevante adicional que pueda influir en la capacidad mental del paciente.]

**Conclusión:**
Se certifica que el Sr./Sra. [Nombre del paciente] se encuentra en condiciones de realizar actos de manera libre y consciente, no existiendo impedimento mental que afecte sus facultades en el momento de esta evaluación.

**Datos del Profesional de la Salud Responsable:**

* Nombre del profesional: [Nombre completo]
* Especialidad: [Psiquiatra/Psicólogo, según corresponda]
* Número de colegiatura: [Número de colegiatura]
* Firma del profesional
* Sello del profesional y de la institución de salud

**Validez del Certificado:**
Este certificado tiene validez de [duración según el tipo de trámite] y puede ser utilizado en los trámites requeridos mientras se mantengan las condiciones actuales de salud mental del paciente.