Certificado de Buena Salud

# Datos del Paciente:

Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidad (DNI): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Evaluación Médica:

Se certifica que el Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha sido evaluado/a en nuestras instalaciones el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mediante un examen médico general. Los resultados indican que el/la paciente:

- No presenta enfermedades infecciosas ni contagiosas.

- Posee un estado físico y mental adecuado para el desarrollo de actividades diarias.

- Cumple con las condiciones de salud necesarias para el entorno laboral/educativo solicitado.

# Exámenes realizados:

- Examen físico general.

- Exámenes de laboratorio (sangre, orina), si aplican.

- Pruebas de esfuerzo físico, si son requeridas.

Este certificado es válido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (3, 6 o 12 meses, según sea el caso) y se emite a solicitud del interesado para los fines que estime convenientes.

# Firma y Sello del Médico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr./Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Colegiatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Centro de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_