CERTIFICADO DE SALUD MENTAL

Yo, Dr./Dra. [Nombre completo del profesional], colegiado/a en el Colegio Médico del Perú bajo el número [Número de colegiatura], especializado en psiquiatría, certifico que, después de haber evaluado a:

Nombre del paciente: [Nombre completo]

DNI: [Número de documento de identidad]

Fecha de nacimiento: [Fecha de nacimiento del paciente]

Fecha de evaluación: [Fecha de evaluación]

Declaro que el/la paciente presenta un estado de salud mental compatible con una estabilidad emocional y psicológica adecuada para el desempeño de sus actividades cotidianas. Durante la evaluación no se evidenció la presencia de trastornos mentales que pudieran afectar su conducta o juicio.

Diagnóstico: [Breve descripción del estado de salud mental o indicar 'Sin evidencia de trastornos mentales']

Recomendaciones: [Incluir recomendaciones si corresponde, o escribir 'Sin recomendaciones adicionales']

Este certificado tiene una validez de [X días/meses] y se expide a solicitud del interesado/a para los fines que estime conveniente.

Firma y sello del profesional

[Nombre completo del profesional]

Número de colegiatura: [Número de colegiatura]