Certificado Médico

# Modelo 1: Certificado Médico General

Certificado Médico  
  
Yo, Dr./Dra. [Nombre Completo del Médico], con colegiatura N° [Número de Colegiatura], inscrito en el Colegio Médico del Perú, certifico que:  
  
Nombre del paciente: [Nombre Completo del Paciente]  
Documento de identidad: [DNI del Paciente]  
Edad: [Edad del Paciente]  
Fecha de emisión: [Fecha Actual]  
  
Declaro haber evaluado al Sr./Sra. [Apellido del Paciente] en consulta médica realizada en [Nombre de la Institución de Salud o Consultorio], y diagnostico que presenta [Descripción Breve del Diagnóstico o Condición de Salud].  
  
Recomendaciones:  
- Reposo médico por [Número de Días de Reposo] días.  
- [Otras recomendaciones específicas, como restricciones laborales o indicación de seguimiento médico].  
  
Este certificado se emite a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.  
  
Firma del Médico:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Dr./Dra. [Nombre Completo del Médico]  
Número de Colegiatura: [Número de Colegiatura]  
Sello de la Institución

# Modelo 2: Certificado Médico para Actividades Específicas

Certificado Médico de Aptitud  
  
Yo, Dr./Dra. [Nombre Completo del Médico], con colegiatura N° [Número de Colegiatura] del Colegio Médico del Perú, certifico que:  
  
Nombre del paciente: [Nombre Completo del Paciente]  
Documento de identidad: [DNI del Paciente]  
Edad: [Edad del Paciente]  
Fecha de emisión: [Fecha Actual]  
  
Después de realizar una evaluación médica completa, certifico que el Sr./Sra. [Apellido del Paciente] se encuentra apto para realizar actividades de [Especificar Actividad: por ejemplo, deportivas, laborales en alturas, manejo de maquinaria] sin riesgo para su salud, de acuerdo con los exámenes y pruebas realizadas en [Nombre de la Institución de Salud o Consultorio].  
  
Observaciones:  
- [Cualquier observación relevante, como precauciones o limitaciones en el tipo de actividad].  
  
Este certificado se emite a solicitud del interesado y es válido para presentar ante [Entidad Receptora, como empresa, federación deportiva, institución educativa].  
  
Firma del Médico:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Dr./Dra. [Nombre Completo del Médico]  
Número de Colegiatura: [Número de Colegiatura]  
Sello de la Institución