



GUÍA DE CERTIFICADO MÉDICO

Dr./Dra. _____
Identificado/a con la Cédula Médica N° _____

CERTIFICA:

Este Certificado Médico acredita que el Sr.
Sra. _____ de edad _____ años.
identificad(a) con el documento oficial: _____.

Declaro que no padece ninguna de las enfermedades susceptibles de cuarentena, ni ningún tipo de enfermedad infecto-contagiosa o de otro tipo que pueda poner en riesgo la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario.

OBSERVACIONES SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE:

RECOMENDACIONES O CUIDADOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE:

Lo certifico en la ciudad de _____ el
día ____/_____/20____

Att.

Nombre y Firma del Médico