



Clinica Universitaria

Medicina general, Especializada
Laboratorios

Avenida 6a Oeste,
entre calle J y K Sur
Urbanización Lassonde, Ciudad de David
Tel 728-3809

Horario de Lunes a Viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

CERTIFICADO DE BUENA SALUD

Fecha: _____ de 20 ____

El suscrito Médico certifica que ha examinado a _____
con Cédula N° _____ y que después de haberle realizado una evaluación médica
y de realizarle exámenes médicos complementarios, concluye que goza de buena salud física y no
padece de ninguna enfermedad infecto-contagiosa en estos momentos.

Sello Médico

Nombre del Médico

Firma