

# Certificado Médico

Nombre del paciente:

..... , .....      ☐ m ♂   ☐ f ♀      .....  
Apellido(s)                      Nombre(s)                      sexo                      nacido (dd/mm/aaaa)

El que suscribe, Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, habiendo practicado reconocimiento médico al/a la paciente arriba indicado/a, certifica:

- ☐ No existen síntomas de enfermedad orgánica o infecciosa ni de ninguna otra enfermedad transmisible.
- ☐ El/la paciente no padece de ninguna enfermedad crónica que lo/la limite físicamente.
- ☐ Observaciones/enfermedades/comentarios:

.....

.....

.....

.....

.....

Grupo sanguíneo: .....

Factor R.H.: .....

Número de Cédula Profesional y/o  
Sello del Médico:

Fecha: .....

Nombre Doctor: .....

Firma Doctor: .....