

CERTIFICADO MEDICO

El/la Dr. /Dra. _____

Identificado/a con el Registro Médico N° _____

C E R T I F I C A:

Este Certificado médico acredita que el Sr./Sra.

_____ identificado/a con Cédula de ciudadanía N° _____, 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 Internacional de 2005.

Lo que certifico en la ciudad de _____
el día ____ / ____ /201__.

Firma y sello del Médico

El presente certificado tiene una validez de 90 días a contar desde la fecha de expedición.
