

CERTIFICADO MÉDICO

San Juan, P.R.

Fecha: _____

CERTIFICO QUE D/DÑA.: _____

NO PADECE NINGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN TENER REPERCUSIONES DE SALUD PÚBLICA GRAVES DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005.

NOMBRE DR/DRA: _____

FIRMA: _____

Nº LICENCIA: _____

