

# 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /202\_\_.

---

Firma y sello del Médico

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

---