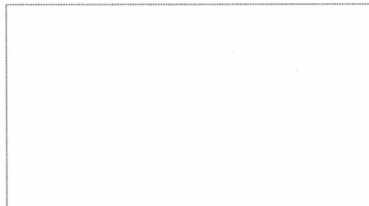


CERTIFICADO MÉDICO DE BUENA SALUD

Este certificado acredita que el/la Sr./ Sra.
no padece ninguna drogodependencia, enfermedad mental o alguna de las enfermedades que suponen riesgo para la salud pública de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional de 2005. Estas enfermedades contagiosas incluyen, entre otras, la viruela, poliomielitis por poliovirus, gripe humana causada por nuevos subtipos del virus, síndrome respiratorio agudo severo (SARS), cólera, neumonía, fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas virales (como el Ébola, Lassa, Marburg, etc.), la fiebre del Nilo Occidental y otras enfermedades de ámbito nacional o regional (como el Dengue, Fiebre del Valle del Rift, síndrome meningocócico, etc.).



Sello del centro médico
[Obligatorio]



Firma del médico
[Obligatorio]



Número de cédula profesional
[Obligatorio]

En _____, día ____ mes _____ año _____

(Este certificado tiene una validez de 3 meses desde la fecha de expedición)