

Don / Doña, Doctor/a
en Medicina, titular de la Cédula de Identidad númeroe
inscrito/a en el Registro de Habilitación del Ministerio de Salud Pública de
Uruguay con el número

CERTIFICA:

Que Don / Doña
de nacionalidad titular del pasaporte número
..... 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, lo que incluye: Viruela,
Poliomielitis por poliovirus salvaje, Gripe humana causada por un nuevo subtipo
de virus, Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), Cólera, Peste neumónica,
Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas virales (del Ebola, de Lassa, de
Marburgo), Fiebre del Nilo Occidental, Otras enfermedades de especial
importancia nacional o regional, p. ej., dengue, fiebre del Valle del Rift, y
enfermedad meningocócica.

Y para que así conste se expide el presente Certificado en
a dede

.....
.....
.....

*Firma, nombre completo y número de cédula y/o número
de Caja Profesional (cuando corresponde)*