



CERTIFICADO DE SALUD (MÉDICO)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

TELÉFONO: _____

HORARIO DE SERVICIO: _____

INFORMACIÓN DEL MENOR

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO DEL NIÑO(A): _____

CERTIFICACIÓN

CERTIFICO QUE HE EXAMINADO AL MENOR ANTES DESCRITO Y QUE SE ENCUENTRA LIBRE DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS, QUE LE INCAPACITEN DE ASISTIR A SU CENTRO U HOGAR DE CUIDADO Y DESARROLLO. ESTE CERTIFICADO SERÁ VÁLIDO POR UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL MISMO Y PUEDE SER CANCELADO EN CUALQUIER MOMENTO POR EL SECRETARIO DE SALUD.

Firma del Médico Autorizado

___ de _____ de _____

Sello

de licencia