

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar de emisión :

Número de registro :

Datos del Paciente :

Nombre y Apellidos :

Fecha de nacimiento :

DNI/NIE :

Domicilio :

Datos del Médico Certificante :

Nombre y Apellidos :

Número de colegiado :

Centro Médico :

Examen Médico Realizado :

El abajo firmante, médico colegiado, certifica que ha realizado el examen médico correspondiente al paciente arriba identificado, incluyendo la revisión de signos vitales, estado general, capacidad funcional y cualquier otra prueba que se considere necesaria para valorar su aptitud.

Resultado del Examen :

Tras la evaluación realizada, el paciente es considerado apto para realizar las actividades para las que se solicita este certificado, no detectándose contraindicaciones médicas que lo impidan. Este certificado se expide para los fines que el interesado estime oportunos.

Advertencias y Recomendaciones :

Se recomienda al paciente mantener un seguimiento médico regular y adoptar hábitos saludables. Este certificado tiene validez conforme a la normativa vigente y no exime de futuras revisiones médicas si fueran requeridas.

Firmas y Validación :

Lugar y fecha de emisión :

FIRMA DEL MÉDICO

SELLO DEL CENTRO MÉDICO

Firma: _____

Sello: _____

Fuente original de este documento:

<https://lex-administrativo.com/ejemplo-certificado-medico-oficial-relleno/>

¿Le resultó útil esta plantilla?

Encuentre más plantillas actualizadas en:

<https://lex-administrativo.com/>

Mas plantillas

Esta plantilla está destinada exclusivamente para uso personal y no comercial.

En caso de distribución o publicación, es obligatorio mencionar la fuente.

Esta plantilla se proporciona únicamente como orientación y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar con un profesional del derecho en cada caso particular.