

## CERTIFICADO 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 DE ESTE Y PUEDE SER CANCELADO EN CUALQUIER MOMENTO POR EL SECRETARIO DE SALUD.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Autorizado

\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Sello

\_\_\_\_\_  
# de licencia