



CERTIFICADO MÉDICO
(Favor de escribir en letra de molde)

Nombre del Paciente: _____

Período de consultas: Primera visita _____ Última visita _____

Breve Historial:

Diagnósticos: _____

Estudios y Pruebas Diagnósticas Pertinentes y resultados: _____

Cirugías relacionadas a la condición que motiva la solicitud de acomodo:

¿Tiene el paciente un problema de salud incapacitante? no () sí () Explique:

Tratamientos:

¿Existe alguna contraindicación para ejercer las funciones de su puesto? no () sí ()

Explique: _____

¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud relacionados con el impedimento?

Nombre del Médico

Especialidad

_____, MD
Firma del Médico

Núm. Licencia

Fecha

SYP/17/WD