**CERTIFICADO MÉDICO**

El suscrito médico general con especialidad en **(nombre de la especialidad del médico general)** **(nombre del médico)** legalmente autorizado para ejercer su profesión con cédula profesional **(número de cédula profesional)** certifica que:

Previo a realizar una revisión médica el **(fecha en que se realizó la revisión médica)** a las **(hora en que se realizó la revisión médica)** al paciente **(nombre del paciente)** de **(edad del paciente)** años de edad, le encuentra: **(descripción de estado médico del paciente)**.

Por lo anterior se hace constar que **(nombre de la paciente) (resolución final del estado médico y del motivo por el cual se solicitó el certificado)**.

El presente certificado médico es expedido a petición del interesado en **(lugar en que se expide el certificado)** el **(fecha en que se expide el certificado)** para los fines que a él convengan.

(Nombre del médico general)

(Cédula profesional del médico general)

(Firma y sello del médico general)