



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA

Debe ser completado por Profesional Medico correspondiente de acuerdo a su enfermedad/especialidad, de lo contrario por su médico de cabecera o General.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DNI: _____

DIAGNOSTICO/S:

TRATAMIENTO:

EVOLUCIÓN/ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

INDICAR SI EL PACIENTE SE ENCUENTRA APTO PARA CONDUCIR:

FECHA: ____ / ____ / ____

**Firma y sello del
Profesional**