**Certificado de Salud**

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número nacional de identificación/de pasaporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Femenino □ Masculino □

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad preexistente? □ Si □ No

Detallar:*....................................................................................................................................................................................................................................................................................*

¿Recibe actualmente algún tratamiento o medicación en forma regular? □ Si □ No

Detallar:*....................................................................................................................................................................................................................................................................................*

¿Tiene alguna limitación o incapacidad física? □ Si □ No

Detallar:*....................................................................................................................................................................................................................................................................................*

Otra información importante:*......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

No hay indicios de enfermedades físicas ni psíquicas importantes. El paciente no presenta indicaciones de enfermedades infecciosas, adicciones, ni problemas de salud para su estadía en Chile.

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Timbre & Firma del Médico Firma de Solicitante