



CERTIFICADO DE SALUD PARA PERMISO DE EMPLEO

(Pueblo)

(Fecha)

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

(Nombre)

(Apellido Paterno)

(Apellido Materno)

(Dirección)

(Calle)

(Número)

(Pueblo)

Edad: _____

Sexo: _____

(Nombre del Patrono)

(Sitio donde va a trabajar)

(Ocupación)

HISTORIAL DE PERSONAL

1. **EXAMEN FISICO**

Piel : _____

Pulmones : _____

Génito Urinario : _____

Apariencia General : _____

Vacuna _____ Viruela _____

Fecha

Fecha

Nariz y Garganta: _____

Señas de Enfermedades Transmisibles _____

Tifoidea _____ Otras _____

2. **ENFERMEDADES EN LA FAMILIA**

Sífilis : _____

Difteria: _____

Otras _____

Tifoidea: _____

Tuberculosis: _____

CERTIFICO

Que he examinado a _____ de acuerdo con lo dispuesto por los Reglamentos de Salud, que se encuentra libre de enfermedades contagiosas que lo incapaciten para dedicarse a trabajar sin peligro para la salud pública y que está física y mentalmente capacitado para el empleo que solicita de acuerdo con la Ley 230 del año 1942.

Licencia Número

Firma del Médico