



TESÁI HA TEKÓ
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



FORMATO C

SELECCIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR CON ÉNFASIS EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA SALUD 2022.

PROYECTO DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR "DR. JOSE DARIO
RAMIREZ RIVEROS"

Certificado de Salud Física y Mental

Fecha: _____

Por la presente, certifico que _____,
con Cédula de Identidad N° _____, fue examinado/a por mí en fecha
_____ y que, al momento de la evaluación clínica, goza de buena salud física y
mental y puede desempeñarse en el cargo de médico residente sin limitaciones por motivos de
salud.

Se expide el presente certificado a pedido del/la interesado/a para presentar a la
Comisión de Selección de Médicos de APS para Residencia de Medicina Familiar en el marco
del **PROYECTO DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA
FAMILIAR "DR. JOSE DARIO RAMIREZ RIVEROS"**.

Firma y Sello con Nombre Completo y
Número de Registro del Profesional que
expide el certificado.

Dirección del Profesional: _____

Número de Teléfono del Profesional: _____

Especialidad del Profesional (marcar el que corresponde):

- Medicina Familiar
 Medicina Interna

Observación: el presente certificado médico debe estar visado por la Dirección de Registros y Control de Profesiones en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.