# FORMATO: DGRFAFCE-LIC/01/2003

## CERTIFICADO MEDICO DE NO IMPEDIMENTO FISICO (SALUD FISICA).

EL SUSCRITO MEDICO CIRUJANO **(Nombre completo y apellidos**), LEGALMENTE AUTORIZADO POR LA DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES PARA EJERCER LA PROFESION DE MEDICO CIRUJANO, CON CEDULA PROFESIONAL NUMERO **(con cifra**).

C E R T I F I C A .

QUE HABIENDO PRACTICADO RECONOCIMIENTO MEDICO EL DIA DE LA FECHA A LAS (**con letra**)

HORAS AL C. **(Nombre completo y apellidos**), DE **(con letra**) AÑOS DE EDAD, LO ENCONTRE: INTEGRO FISICAMENTE, SIN DEFECTOS NI ANOMALIAS DEL APARATO LOCOMOTOR, CON AGUDEZA VISUAL, CAMPO VISUAL, PROFUNDIDAD DE CAMPO, ESTEREÓPSIS Y PERCEPCIÓN CROMÁTICA, AGUDEZA AUDITIVA, APARATO CARDIOVASCULAR, APARATO RESPIRATORIO, APARATO LOCOMOTOR (INTEGRIDAD, MOTILIDAD Y REFLEJOS), EXAMEN NEUROLÓGICO (COORDINACIÓN Y REFLEJOS), Y EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL.

POR LO ANTERIOR SE ESTABLECE QUE EL C. **(Nombre completo y apellidos**), NO PRESENTA IMPEDIMENTO FISICO.

EXPIDO EL PRESENTE CERTIFICADO MEDICO, A PETICION DEL C. (**Nombre completo y apellidos**), PARA LOS USOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR, EN LA CIUDAD DE (**Nombre y Estado**), A LOS **(con letra**) DIAS DEL MES DE **(con letra**) DEL AÑO (**con letra).**

Dr. (**nombre completo y apellidos**).

(**No. Cédula Prof**.).

# FORMATO: DGRFAFCE-LIC/02/2003

## CERTIFICADO MEDICO-PSICOLOGICO DE SALUD MENTAL.

El que suscribe (**Nombre completo y apellidos**), Licenciado en Psicología legalmente autorizado para ejercer su profesión con Cédula Profesional Número **(con cifra**).

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento psicológico y examen mental el día de la fecha a las (con letra) horas, al C. (**Nombre completo y apellidos**), lo encontré: CON ESTADO DE ALERTA CONSERVADO, ESTADO DE ÁNIMO SIN DEPRESIÓN NI ANSIEDAD, AUSENCIA DE ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCIÓN Y NIVEL DE ENERGÍA SIN ALTERACIONES.

Dicha evaluación se complementó mediante la revisión de pruebas psicológicas de test de personalidad de inteligencia y de exploración de impulsividad y organicidad.

Por lo anterior se establece que el C. (**Nombre completo y apellidos**), no presenta ninguna alteración del estado mental.

A solicitud del C. (**Nombre completo y apellidos**), para los usos legales a que haya lugar, se expide el presente certificado en la Ciudad de (**Nombre y Estado**) a los (**con letra**) días del mes de (**con letra**) del año (**con letra**).

Licenciado en Psicología (**Nombre completo y apellidos**).

(**No. Cédula Prof**.).

# NOTA:- Se deberán adjuntar a este documento los resultados de las pruebas Psicológicas de los test practicados.

**FORMATO: DGRFAFCE-LIC/03/2003**

## CERTIFICADO MEDICO-TOXICOLOGICO DE NO CONSUMO DE DROGAS, ENERVANTES O PSICOTRÓPICOS.

EL SUSCRITO MEDICO CIRUJANO (**Nombre completo y apellidos**), LEGALMENTE AUTORIZADO POR LA DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES PARA EJERCER LA PROFESION DE MEDICO CIRUJANO, CON CEDULA PROFESIONAL NUMERO **(con cifra**).

C E R T I F I C A

QUE HABIENDO PRACTICADO RECONOCIMIENTO MEDICO CON CARÁCTER TOXICOLOGICO EL

DIA DE LA FECHA A LAS **(con letra**) HORAS AL C. (**Nombre completo y apellidos**), DE (**con letra**) AÑOS DE EDAD, LO ENCONTRE: SIN SIGNOS NI SINTOMAS AGUDOS NI CRONICOS QUE INDIQUEN LA EVIDENCIA DE CONSUMO DE ALGUN TIPO DE DROGAS, ENERVANTES O PSICOTRÓPICOS. SE COMPLEMENTO LA EVALUACION CON EL EXAMEN DE LABORATORIO TOXICOLOGICO EN ORINA, RESULTANDO NEGATIVO PARA LA PRESENCIA DE METABOLITOS DE DROGAS COMO CANNABIS, COCAINA, ANFETAMINAS, BARBITURICOS Y BENZODIACEPINAS.

POR LO ANTERIOR SE ESTABLECE QUE EL C. (**Nombre completo y apellidos**), NO PRESENTA EVIDENCIA CLINICA NI QUIMICA NI ENZIMATICA DE SER AFECTO AL CONSUMO DE DROGAS, ENERVANTES O PSICOTROPICOS.

EXPIDO EL PRESENTE CERTIFICADO MEDICO, A PETICION DEL C. (**Nombre completo y apellidos**), PARA LOS USOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR, EN LA CIUDAD DE (**Nombre y Estado**), A LOS (**con letra**) DIAS DEL MES DE (**con letra**) DEL AÑO (**con letra**).

Dr. (**nombre completo y apellidos**). (**No. Cédula Prof**.).

**NOTA:- Se deberá adjuntar a este documento el resultado de los estudios químicos toxicológicos que se hubieren practicado al interesado.**