MODELO 53 – 63
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITALES Y POLICLÍNICOS

CERTIFICADO MÉDICO

DATOS DEL PACIENTE:

1ER APELLIDO:	2DO APELLIDO:	NOMBRE:	EDAD:	SEXO: Masc: Fem.:
VECINO DE: (CALLE, No. /CALLES, RPTO.):			MUNICIPIO:	
OCUPACIÓN ACTUAL:	CENTRO DE TRABAJO:		No. HISTORIA CLÍNICA	

POR LA UNIDAD ASISTENCIAL:

FACULTATIVO 1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE:

FACULTATIVO QUE PRESTA ASISTENCIA EN: ----------

CERTIFICO: QUE A LAS ---------- *DEL DÍA* -------- *DE* ----------

HE EXAMINADO AL PACIENTE:

DIAGNÓSTICO: ----------

TRATAMIENTO: ----------

☐ *PUEDE SEGUIR TRABAJANDO*

RETORNO AL TRABAJO

☐ *ESTÁ INCAPACITADO POR* _____ *DÍAS DE CONFORMIDAD CON EL EXAMEN PRACTICADO ESTIMO QUE SE TRATA DE UN CASO DE* ☐ *ENFERMEDAD*

☐ *ACCIDENTE*

OBSERVACIONES:

Y PARA CONSTANCIA DEBIDA EXPIDO EL PRESENTE EN: ---------- *A LOS* ----------*DÍAS DEL MES DE* ----------

---

Firma Facultativo

DATOS DEL REGISTRO:

NOMBRE Y APELLIDOS (PERSONA QUE REGISTRA)	*FIRMA:*	*FECHA:*	*No. DE ORDEN*