



*Estado Plurinacional de Bolivia*  
*Ministerio de Salud*

## **CERTIFICADO MÉDICO**

Lugar y Fecha:

Nombres y Apellidos (del Médico):

Matricula Profesional Ministerio de Salud :

---

El médico que suscribe Certifica:

---

Firma y sello del médico

---

\* El presente certificado médico se constituye como único documento válido a nivel nacional, para acreditar el estado de salud de la persona, el cual debe estar impreso y contener la firma y sello del médico que lo suscribe.