



Toma alguna medicación en forma regular:.....

¿ cuál?..... ¿En que Docis?.....

Indique incaspacidades fisicas:.....

Indique incapacidades mentales:.....

Indique enfermedades mentales:.....

Observaciones:.....

Certificado de Salud

En mi carácter de medico certifico que el titular de la presente ficha medica, goza de un estado de salud que le permite su normal desempeño como
Alumno/ Docente/ Personal en el Instituto Sup. San Martin.

Firma y Sello del Medico:.....

Aclaración:.....

Telefono:.....

Domicilio:.....

Fecha:.....