**MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO**

**Quito**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**de 2015**

**Certifico que:**

El Sr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador de la cédula de identidad No.-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presenta el siguiente diagnóstico médico:

* Problemas cardiacos………………………………………….SI ( ) NO ( )

Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Hipertensión………………………………………………………SI ( ) NO ( )
* Diabetes……..……………………………………………………SI ( ) NO ( )
* Problemas de tiroides……………………………………………SI ( ) NO ( )
* Exceso de peso……………………………………………..……SI ( ) NO ( )
* Hernias. ………………………………………………………..…SI ( ) NO ( )

Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Problemas de columna. ……………………………………...…SI ( ) NO ( )

Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recomendaciones:

El Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ puede realizar ejercicios hasta \_\_\_\_ minutos diarios por \_\_\_\_ días a la semana.

Atentamente,

Firma y sello del médico que realiza el examen.