

LUGAR Y FECHA:			
YO DOCTOR:	MATRICULA COLEGIO PROFESIONAL N°	Residente en	
he procedido a realizar el correspondiente examen médico al señor/a			
portador (a) de la cédula de identidad N°	Credencial N°	Pasaporte N°	mediante el cual se determina que el paciente
padece de:		por lo que CERTIFICO que no puede realizar actividades laborales	
Firma del médico		Sello del médico	
<b>AVALIZADO POR EL CONSULADO DEL ECUADOR</b>			
Fecha:			
Firma autorizada del Consulado		Sello	

