

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS  
NEGOCIADO DE NORMAS DE TRABAJO



**CERTIFICADO DE SALUD PARA PERMISO DE EMPLEO**

\_\_\_\_\_ (Pueblo) \_\_\_\_\_ (Fecha)

**INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Calle) (Número) (Pueblo)

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Patrono)

\_\_\_\_\_  
(Sitio donde va a trabajar) (Ocupación)

**HISTORIAL DE PERSONAL**

1. **EXAMEN FISICO**

Piel : \_\_\_\_\_ Nariz y Garganta: \_\_\_\_\_  
Pulmones : \_\_\_\_\_ Señas de Enfermedades Transmisibles \_\_\_\_\_  
Génito Urinario : \_\_\_\_\_  
Apariencia General : \_\_\_\_\_  
Vacuna \_\_\_\_\_ Viruela \_\_\_\_\_ Tifoidea \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_  
Fecha Fecha

2. **ENFERMEDADES EN LA FAMILIA**

Sífilis : \_\_\_\_\_ Difteria: \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_  
Tifoidea: \_\_\_\_\_ Tuberculosis: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO**

Que he examinado a \_\_\_\_\_ de acuerdo con lo dispuesto por los Reglamentos de Salud, que se encuentra libre de enfermedades contagiosas que lo incapaciten para dedicarse a trabajar sin peligro para la salud pública y que está física y mentalmente capacitado para el empleo que solicita de acuerdo con la Ley 230 del año 1942.

\_\_\_\_\_  
Licencia Número

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico