**FORMATO CERTIFICADO MÉDICO DE IDONEIDAD FÍSICA PARA SOLICITANTES DE ADOPCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| YO/(El o la que suscribe) |  |
| Médico General o Especialista |  |
| Declaro que el señor(a) |  |
| Nacido en (fecha y Lugar) |  |
| Identificado con C.C .No. o C.E. No.  |  |

Se encuentra en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Descripción del estado de salud, de las enfermedades actuales, comentario sobre el peligro de contagio, la situación de incapacidad, el pronóstico a corto, mediano plazo o terminal)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que la presente certificación se ha expedido conociendo los requisitos de Idoneidad Física que establece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, en su Lineamiento Técnico Administrativo del Programa de Adopción.

Para expedir la presente certificación se han realizado los siguientes exámenes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Exámenes Realizados | Fecha | Comentarios |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dado en \_\_\_\_ (Ciudad) a los \_\_días del mes de \_\_\_\_\_\_\_ del año 20\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Registro Médico Sello

Este certificado tiene vigencia de siete (7) meses, después de los cuales deberá refrendarse.