Respetado doctor/a:

Este formato tiene como objetivo obtener insumos para determinar si la persona que usted está examinando presenta alguna condición de salud o enfermedad que permita a los profesionales que intervienen en el proceso de adopción establecer si el solicitante cuenta con idoneidad física o no para convertirse en padre/madre a través de la adopción de un niño, niña o adolescente colombiano/a.

|  |  |
| --- | --- |
| 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.  |  |
| Fecha de la certificación (válida por doce (12) meses) |  |

Describa el estado actual de salud del solicitante, teniendo en cuenta su historia médica, exámenes y procedimientos diagnósticos, tratamientos en curso, situación de discapacidad, pronóstico a corto, mediano o largo plazo.

|  |  |
| --- | --- |
| Estado de salud |  |
| Procedimientos  |  |
| Tratamientos en curso |  |
| Situación de discapacidad  |  |
| Pronóstico  |  |
| Exámenes realizados (anexarlos a esta certificación) |  |

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

Firma Registro Médico Sello