



---

## Formulario de Certificado de Salud

---

### Para el profesional de atención médica:

Este formulario se debería usar para los pacientes que necesitan ser examinados por un médico, médico asistente o enfermero especializado para solicitar una licencia en la industria de la mejora de la apariencia o de la barbería. Por favor, complete la sección de este formulario que está debajo y firme y feche el formulario.

### Para el solicitante de mejora de la apariencia y/o de barbería:

Usted necesita un examen físico para solicitar una licencia en Cosmetología, Estética, Especialidad en Uñas, Arreglo de Cabello Natural, Depilación con Cera y Barbería. Su médico, médico asistente o enfermero especializado debe completar, firmar y fechar este Certificado de Salud. Usted debe presentar esta solicitud de licencia en línea en un plazo de 30 días a partir de la fecha de este examen.

### Instrucciones:

Por favor, use la información señalada en el certificado que está debajo cuando solicite su licencia en línea. Usted deberá ingresar la información de este formulario en los campos del certificado de salud dentro del sistema.

**Por favor, tenga en cuenta que** este Formulario de Certificado de Salud está sujeto a una auditoría por parte de un investigador para garantizar que se cumpla este requisito. La constancia de este formulario se debe mantener en su lugar de trabajo por 3 años para propósitos de auditoría.

---

---

### Certificado de Salud:

Soy un médico debidamente licenciado, un médico asistente debidamente licenciado o un enfermero profesional debidamente

licenciado y, por la presente, declaro que, durante un examen de rutina de \_\_\_\_\_  
*(Nombre del solicitante)*

el \_\_\_\_\_, no he encontrado pruebas clínicas de la presencia de una  
*(Fecha del examen médico)*

enfermedad infecciosa o contagiosa que pudiera representar un riesgo significativo o una amenaza directa a la salud o

seguridad de los miembros del público en el desarrollo de las actividades profesionales del solicitante.

Nombre en imprenta del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_