

CERTIFICADO DE RETORNO LABORAL

El médico tratante que suscribe, certifica que el paciente señor(a) _____
 _____ RUN: _____,
 edad _____, se encuentra a la fecha en condiciones de retornar a
 su actividad laboral, desde el punto de vista clínico, con las siguientes restricciones
 (el médico debe marcar con una X la alternativa correspondiente en cada casilla de
 la siguiente tabla):

ACTIVIDADES	SÍ	NO	NO CORRESPONDE
Portar armas			
Manejar explosivos			
Realizar guardia nocturna			
Realizar servicio nocturno			
Conducir vehículos motorizados			
Efectuar salidas a terreno o campaña			
Hacer cursos institucionales			

OBSERVACIONES _____

Nombre del médico tratante o Psiquiatra: _____

RUN: _____

Registro del colegio médico de Chile _____

Fecha de otorgamiento del informe médico: _____

Domicilio de la consulta médica: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma: _____