

**FORMATO DE CERTIFICACIÓN MÉDICA**

FECHA: \_\_\_\_\_

<b>Nombre:</b>	<b>Tipo y número de contrato:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
----------------	-----------------------------------	-----------------------------

<b>Puesto:</b>	<b>Proyecto:</b>
<b>Duración del contrato:</b>	<b>Estación de trabajo:</b>
<b>Personal de reciente contratación:</b> Sí ( <input type="checkbox"/> )      No ( <input type="checkbox"/> )	<b>Personal contratado anteriormente:</b> Sí ( <input type="checkbox"/> )      No ( <input type="checkbox"/> )

Con base en la exploración médica realizada, la clasificación médica de la persona mencionada es:

1 A (  )    1 B (  )    2 A (  )    2 B (  )

1A Personas aptas para cualquier empleo.

1B Personas con una condición médica crónica que está controlada y les permite ser aptas para cualquier empleo.

2A Personas con una condición médica crítica y sólo son aptas para cualquier empleo, si ésta se corrige.

2B Personas con reducida capacidad para trabajar, o con reducida expectativa de vida.

-----  
Periodo de validez: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

En general, los reportes médicos basados en una exploración completa, son válidos por dos años.

1A Validez por tres años. (Para mayores de 40 años, validez por dos años 2A)

1B Validez por dos años. (Para mayores de 50 años, validez por un año 2B)

-----  
**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del médico**

**PNUD México**

Montes Urales N°440, Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, C.P.11000 | Tel: (5255) 4000 9700 | Fax: (5255) 5255 0095

[www.mx.undp.org](http://www.mx.undp.org) | Facebook: PNUDMexico | Twitter: @pnud\_mexico

