



---

## Formulario de Certificación de Salud

---

### Para el profesional de la salud:

Este formulario debe ser utilizado para pacientes que necesiten ser examinados por un médico, asistente de médico, o enfermera practicante para optar por una licencia en la industria de mejoramiento de la apariencia o barbería. Por favor, complete la parte de abajo de este formulario, y firme y ponga la fecha en el formulario.

### Para el aspirante en mejoramiento de la apariencia o barbería:

Usted debe practicarse un examen físico para aplicar a una licencia en Cosmetología, Estética, Especialidad de Uñas, Estilista de cabello natural, Depilación y Barbería. Su médico, asistente de médico, o enfermera practicante deben completar, firmar, y poner fecha a esta certificación de salud. Usted debe presentar su solicitud de licencia en línea dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha de este examen.

### Instrucciones:

Utilice la información contenida en la certificación a continuación, cuando aplique para su licencia en línea. Usted deberá ingresar información de este formulario en los campos de certificación de salud del sistema.

**Tenga en cuenta:** Este formulario de certificación de salud, una vez completado, está sujeto a auditoría por un investigador para asegurar el cumplimiento de este requisito. Usted debe mantener evidencia de este formulario en su lugar de trabajo durante tres años, para fines de la auditoría.

---

---

### Certificación de Salud:

Soy médico debidamente autorizado , asistente de médico debidamente autorizado , o enfermera practicante debidamente autorizada , y aquí declaro

que en el curso de un examen de rutina de \_\_\_\_\_, el  
(Nombre del solicitante)

\_\_\_\_\_. No encontré ninguna evidencia clínica de  
(Fecha del examen físico)

enfermedades infecciosas o transmisibles que supongan riesgos significativos o amenazas a la salud o seguridad del público durante el desarrollo de la actividad del solicitante.

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_