

CERTIFICADO DE CONTROL DE INDICADORES DE SALUD

Programa Salud Activa

Información del paciente

Nombre completo: _____

Fecha del control: ____/____/____

Información del paciente

Peso (kg): _____

Estatura (m): _____

Índice de masa corporal (IMC): _____

Circunferencia de cintura (cm): _____

Validación médica

Nombre del profesional: _____

Especialidad: _____

Firma y sello