

ANEXO “G” EXAMEN PSICOLÓGICO.

CERTIFICADO MEDICO-PSICOLÓGICO DE SALUD MENTAL.

El que suscribe (Nombre completo y apellidos), Licenciado en Psicología legalmente autorizado para ejercer su profesión con Cédula Profesional Número (con cifra).

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento psicológico y examen mental el día de la fecha a las (con letra) horas, al C. (Nombre completo y apellidos), lo encontré: CON ESTADO DE ALERTA CONSERVADO, ESTADO DE ÁNIMO SIN DEPRESIÓN NI ANSIEDAD, AUSENCIA DE ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCIÓN Y NIVEL DE ENERGÍA SIN ALTERACIONES.

Dicha evaluación se complementó mediante la revisión de pruebas psicológicas de test de personalidad de inteligencia y de exploración de impulsividad y organicidad.

Por lo anterior se establece que el C. (Nombre completo y apellidos), no presenta ninguna alteración del estado mental.

A solicitud del C. (Nombre completo y apellidos), para los usos legales a que haya lugar, se expide el presente certificado en la Ciudad de (Nombre y Estado) a los (con letra) días del mes de (con letra) del año (con letra).

Licenciado en Psicología (Nombre completo y apellidos).
(No. Cédula Prof.).

NOTA:- Se deberán adjuntar a este documento los resultados de las pruebas Psicológicas de los test practicados.