

Certificado médico-psicológico de salud mental.

La persona que suscribe (Nombre completo y apellidos), con Licenciatura en Psicología legalmente cuenta con autorización para ejercer la 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, a la o el 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 o la C. (Nombre completo y apellidos), no presenta ninguna alteración del estado mental:

A solicitud de la o el 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 o Licenciada 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.