

## MODELO DE CERTIFICACIÓN MÉDICA

PANAMÁ, \_\_\_\_\_

Señores  
SENADIS  
Dirección Nacional de Equiparación de Oportunidades  
Ciudad

Respetados señores:

Por medio de la presente certifico que la paciente ..... de ..... años de edad, con cédula de identidad personal N°....., padece de ..... desde hace ..... años.

Su enfermedad le ha afectado ambas rodillas causando limitaciones severas para deambular.

Por esta razón, se le ha recomendado el uso de silla de ruedas y la obtención de un distintivo para el uso de los estacionamientos reservados para personas con discapacidad.

Si desea conocer mayor información con gusto la brindaré.

Atentamente,

Dr. ....  
Sello y registro  
Teléfonos