

CERTIFICADO MÉDICO

El día.....a lashoras se presentó a revisión
médica el paciente.....con
DNI.....de..... años de edad. Se certifica que se encuentra
con un cuadro de.....
con código de patología según el CIE-10.....aconsejando
reposo / cuidado de

desde el día.....hasta el día.....cantidad de
días:.....

.....
Estampilla¹

.....
Firma y sello del médico

¹ Excepto que sea expedido por un efector público de salud