

CERTIFICADO MÉDICO

El día..... a las horas 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:.....

.....

Estampilla³

.....

Firma y sello del médico

³ Excepto que sea expedido por un efector público de salud