

CERTIFICADO MÉDICO

En la localidad de.....,Provincia de
.....,el día...../...../.....a
lashoras se presentó a revisión médica el/la
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
dedesde 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