

CERTIFICADO MÉDICO

En la localidad de....., Provincia de
....., el día...../...../..... a
las horas 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
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