

CERTIFICADO MÉDICO

Formulario General · Para Imprimir / PDF Editable

DATOS DEL MÉDICO

Nombre del Médico:			
Cédula Profesional:		Especialidad:	

CERTIFICA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente		Fecha de nac.
Edad	Sexo	N.º Documento de Identidad

DESCRIPCIÓN CLÍNICA / SE ENCUENTRA EN EL SIGUIENTE ESTADO DE SALUD:

DIAGNÓSTICO:

--

INDICACIONES / TRATAMIENTO:

--

El presente certificado se extiende en: _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Fecha
____ / ____ / ____

Firma y Sello del Médico
Dr./Dra.: _____