



CERTIFICADO DE REPOSO MÉDICO

Justificante por Enfermedad

Dr./Dra.: _____ Cédula/Matr. Prof.: _____ Especialidad: _____
Institución / Centro de Salud: _____ Dirección: _____

CERTIFICA QUE:

El/La paciente: _____ Sexo: _____
Doc. de Identidad: _____ Fecha de nac.: _____ Edad: _____

PERÍODO DE REPOSO RECOMENDADO:

Desde: _____ Hasta: _____ Total días: _____
Tipo de reposo: _____ ☐ Relativo ☐ Absoluto

DIAGNÓSTICO (CIE-10):

INDICACIONES Y RESTRICCIONES DURANTE EL REPOSO:

Próxima revisión médica: _____ ☐ Urgente ☐ Programada

El presente reposo médico se expide en la ciudad de: _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____

Cédula / Matrícula Profesional: _____