

# JUSTIFICANTE MÉDICO DE REPOSO

Certificado por Enfermedad · Baja Médica

El/La Dr./Dra.: \_\_\_\_\_ Cédula Prof.: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Centro de Salud: \_\_\_\_\_

## HACE CONSTAR QUE:

El/La paciente de nombre: \_\_\_\_\_

Identificado/a con: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

### REQUIERE REPOSO POR EL SIGUIENTE PERÍODO:

Fecha de inicio del reposo: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_

Número de días: \_\_\_\_\_ Modalidad: ☐ Reposo en domicilio ☐ Hospitalización ☐ Reposo relativo

### DIAGNÓSTICO / MOTIVO MÉDICO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certificado emitido en: \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Fecha  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico  
Dr./Dra.: \_\_\_\_\_