

CERTIFICADO DE BAJA MÉDICA

Reposo por Enfermedad · Incapacidad Temporal

Médico: _____ Cédula/Matrícula: _____
Especialidad: _____ Institución: _____

EL PROFESIONAL QUE SUSCRIBE CERTIFICA:

Que el/la paciente: _____ N.º Historia: _____
DNI / Documento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

PERÍODO DE INCAPACIDAD / REPOSO MÉDICO

Inicio: _____ Fin: _____ Días: _____
Tipo: ☐ Domiciliario ☐ Hospitalario ☐ Parcial ☐ Total
Revisión: ☐ Sí ☐ No

DIAGNÓSTICO (CIE-10):

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES MÉDICAS:

Expedido en: _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Dr./Dra.: _____ Cédula Profesional: _____ Fecha: _____