

JUSTIFICANTE MÉDICO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN COMPLETA

DATOS MÉDICOS

NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO

DIRECCIÓN DEL CENTRO MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO QUE LE ATENDIÓ

Nº DE COLEGIADO

ESPECIALIDAD

FECHA /HORA DE VISITA

Firma del Doctor/a y Sello del Centro Médico

Recuerde que para tener validez, este justificante debe estar firmado por el doctor o doctora y sellado