CERTIFICADO MÉDICO

(Para ser completado de puño y letra por el médico que asiste al paciente)

1) Datos de*/ paciente:*

Nombre y Apellido: .....

DNI:.....Edad:.....

Identidad de género que refiere la persona.....

Lugar de Asistencia Médica: Día:..... Hora:.....

Consultorio ☐ Institución Sanatorial ☐ Domicilios ☐

2) Diagnostico: (CIE10).....

…….....

3) Resumen Historia Clínica:…….. .....

……

4) *Exámenes/ Estudios complementarios / interconsultas:*……..……

……

5) Terapéutica indicada y/o sugerida; y/o aconsejada:…….....

…….....

6)Días de ausentismo sugeridos ……. *desde*……/……/……*hasta*……/……/……..
(Para ser completado en caso de Ausentismo laboral)

7) "…El Profesional autor del Certificado no se responsabiliza del uso que el peticionante y/o paciente haga del mismo y que exceda o se aparte del contenido de dicho certificado".

8) Firma y Sello del Profesional:……..