



La ausencia de cualquiera de los datos solicitados a continuación hará inválido este certificado.

## CERTIFICADO MÉDICO

**Apellido y nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Mail:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Apellido y nombre del médico tratante:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Matrícula N°:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Dirección laboral:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Mail:** \_\_\_\_\_

FIRMA y SELLO DEL MÉDICO:

FECHA: