

CERTIFICADO MÉDICO

En la localidad de.....,Provincia de
.....,el día...../...../.....a
lashoras se presentó a revisión médica el/la
paciente.....con
DNI.....de.....años de edad. Se certifica que se
encuentra con un cuadro de.....
con código de patología según el CIE-10.....aconsejando reposo / cuidado
dedesde el día.....hasta
el día.....cantidad de días:.....

.....
Estampilla¹

.....
Firma y sello del médico

¹ Excepto que sea expedido por un efector público de salud

Acompaña al Certificado Médico de fecha/...../.....

DATOS HORAS CÁTEDRA/S											
ORD	ID. SARH	L	M	M	J	V	NOMBRE DE LA MATERIA	Cur	Div	Tur	SR
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

DATOS DEL CARGO			
ORD	ID. SARH	DENOMINACIÓN DEL CARGO	Situación de Revista
1			
2			