

CERTIFICADO MÉDICO

Para Licencias por Atención a Familiar Enfermo

En la localidad de....., Provincia de.....

El día/...../....., a las horas, se presenta a revisión médica el/la Paciente:.....

..... DNI:, deaños de

edad, acompañado/a de:.....

DNI:....., quien declara ser su (*consignar parentesco*).....

Se certifica que el/la paciente se encuentra con un cuadro de.....

Código CIE-10:, aconsejando reposo desde el día..... hasta el día,

Total de días, debiendo quedar al cuidado por el tiempo de reposo indicado del familiar que lo/a acompaña. a las horas, se presenta a revisión médica el/la Paciente:.....

..... DNI:, deaños de

edad, acompañado/a de:.....

DNI:....., quien declara ser su (*consignar parentesco*).....

Se certifica que el/la paciente se encuentra con un cuadro de.....

Código CIE-10: **Estampillado**

..... **Firma y sello del médico**



PROGRAMA
INTEGRAL INTERDISCIPLINARIO
de SALUD LABORAL