

JUSTIFICANTE MÉDICO

Se hace constar que el/la paciente _____

fue atendido(a) por el/la Dr(a). _____,

especialista en _____, por motivo de:

Se recomienda reposo desde el día ____/____/____ hasta el día
____/____/____, inclusive.

Este justificante se expide para los fines que el interesado(a) estime convenientes.

Fecha de emisión: ____/____/____

Firma del médico: _____

Nombre y especialidad: _____