

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: _____