

CERTIFICADO MÉDICO

Por enfermedad personal

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

El día...../...../..... A las horas, se presentó a revisión médica.....

.....

DNI:

Se encuentra con un cuadro de.....

CIE-10:..... aconsejando reposo de.....

desde el día.....hasta el día.....

Cantidad de días:

.....

Estampillas

.....

Firma y sello del Médico



PROGRAMA
INTEGRAL INTERDISCIPLINARIO
de SALUD LABORAL

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.

.....

Estampillado

.....

Firma y sello del médico



PROGRAMA
INTEGRAL INTERDISCIPLINARIO
de SALUD LABORAL