

CERTIFICADO MÉDICO
PARA LICENCIAS POR ATENCIÓN DE FAMILIAR ENFERMO

En la localidad de....., Provincia de
....., el día/...../..... a
las horas, se presentó a revisión médica el/la
paciente..... con
DNI N°..... de años de edad, acompañado de
....., DNI N°
....., quien declara ser su (consignar parentesco)
..... .

Se certifica que el paciente se encuentra con un cuadro de
....., código de patología 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 acompaña.

.....

Estampilla¹

.....

Firma y sello del médico

¹ Excepto que sea expedido por un efector público de salud