

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