

Certificado Médico

Nombre del Doctor:	
Practica Medica/Hospital	
Dirección:	
Número de Teléfono	
Correo electrónico	
Fecha	

A quien corresponda,

Certifico que el _____ ha estado bajo mi cuidado y actualmente está siendo tratado por _____. Como resultado, se le recomienda _____ durante un período de _____ días.

Por favor, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina por cualquier información o aclaración.

Firma:

Nombre del Doctor:

Número de licencia médica: