**CERTIFICADO MÉDICO**

Tulcán, ${fecha}.

El que suscribe, médico del Servicio: **${especialidad}.**

Certifico haber atendido a ${genero} paciente: **${paciente}** de ${edad} de edad con CI: ${cedula\_paci}. ${embarazo}

**Domicilio**: ${provincia}, ${parroquia}, ${direccion}.

**Teléfono**: ${telefono}

**Historia Clínica**: ${cedula\_paci}

**Tipo de Contingencia**: ${contingencia}

**Actividad Laboral:** ${actividad\_laboral}

**Lugar de Trabajo:** ${trabajo}

**DIAGNÓSTICO: ${diagnostico} CIE10(${cie}) ${situacion}.**

**Fecha de Consulta:** (${dia}) ${fecha}

**${campo\_reposo}** ${reposo}

**${periodo\_reposo}**

**${campo\_nota}** ${nota}

En consecuencia, ${genero} paciente **${paciente},** puede hacer uso del presente certificado como considere necesario.

Atentamente,

**${sufijo} ${medico}**

**${especialidad}**

C.I.${cedula\_medi}

Email. [${correo\_medi}](mailto:cggv26@hotmail.com)

Teléfono: ${cel\_medi}