

Fecha de Emisión:

CERTIFICADO

Certifico que el paciente
fue atendido el día de hoy

con identificación:

DATOS DEL AFILIADO/PACIENTE

Nombres y Apellidos:

Dirección domicilio:

Número telefónico de contacto:

Institución/Empresa:

Puesto de trabajo del paciente:

Número de cédula de identidad/pasaporte del paciente:

Número de historia clínica del paciente:

MOTIVOS DE AISLAMIENTO/ENFERMEDAD:

Diagnósticos:

Procedimientos(s) - Fechas(s):

Presenta Síntomas: () Si () No

Enfermedad: () Si () No, **Descripción:**

Tipo contingencia:

REPOSO MÉDICO

Se requiere reposo médico en domicilio por

DESDE:

HASTA:

Atentamente,

MSP:

Email: