

**CERTIFICADO MÉDICO**

En la localidad de....., Provincia de ....., el día ..... / ..... / ..... a las ..... horas se presentó a revisión médica el/la paciente..... con DNI..... de ..... años de edad. Se certifica que se encuentra con un cuadro de..... con código de patología según el CIE-10..... aconsejando reposo / cuidado de ..... desde el día..... hasta el día..... cantidad de días:.....

.....  
Estampilla<sup>1</sup>.....  
Firma y sello del médico

---

<sup>1</sup> Excepto que sea expedido por un efector público de salud