CERTIFICADO MÉDICO

El día……a las ……horas se presentó a revisión médica el 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[1] Firma y sello del médico

COMPLETAR POR EL DOCENTE:

NOMBRE Y APELLIDO:……. D.N.I.:…….

CÓDIGO AUSENCIA: ……

ID SARH	DÍA/CANT HORAS					MATERIA/CARGO	CURSO	DIV	TURNO
	L	M	M	J	V				

[1] Excepto que sea expedido por un efector público de salud (con sello que lo certifique)