



Justificante Médico

Lugar y fecha: [LOCALIDAD], [FECHA]

A quien corresponda,

Certifico para todos los efectos que [NOMBRE Y APELLIDO] fecha de nacimiento [FECHA], estuvo en el centro médico [NOMBRE MÉDICO], dirección [DIRECCIÓN], [LOCALIDAD] en el periodo de [HORA INICIO] horas a [HORA FINA] horas el día [FECHA].

Atendido por el profesional [NOMBRE DEL MÉDICO] cuya cédula es [CÉDULA DEL MÉDICO] de especialidad médica [ESPECIALIDAD].

Sirva este documento para acreditar la presencia en el centro y atención médica al paciente antes mencionado y como justificante de falta de asistencia.

(Firma y/o sello del profesional)

[DIRECCIÓN] [LOCALIDAD] - [NÚMERO DE TELÉFONO]