

CERTIFICADO MÉDICO

*USO EXCLUSIVO DE LA CAJA MÉDICA Y DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS



DATOS DEL / LA MÉDICO/A TRATANTE

Nombre/s y Apellido/s: _____

Registro Profesional N°: _____ Especialidad: _____

Tel: _____ Cel: _____ Email: _____

DATOS DEL SOCIO

Certifico que el Socio: _____

(Nombre/s y Apellido/s de/La Paciente)

DIAGNÓSTICO(S)

a) _____

b) _____

c) _____

BREVE INFORME CLÍNICO REFERENTE AL/LOS DIAGNÓSTICO/S A LA FECHA DEL REPOSO

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REALIZADA

Cirugía Efectuada: _____

Vía Clásica Vía Laparoscópica Vía Endoscópica Vía Láser Vía Artroscópica

Otros: _____

DIAGNÓSTICO CORROBORADO POR:

Datos Clínicos Datos Quirúrgicos Laboratorio Ecografía RX TAC RMN

Anatomía Patológica Otros: _____

Debe permanecer en reposo durante (_____) días a contar desde el _____ 20 _____

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: _____

*Uso Interno

Firma del Médico Tratante

Sello y/o Aclaración de Firma