



Programa Integral  
Interdisciplinario de  
Salud Laboral

**CERTIFICADO MÉDICO**  
Por Atención a Familiar Enfermo

En la localidad de ....., Provincia de.....

El día ....., se presentó a revisión médica .....

DNI:....., de ..... años de edad acompañado/a de:

..... DNI: ....., quien

declara ser (consignar parentesco) ..... Se certifica que el/la paciente se encuentra con un cuadro de .....

CIE-10: .....

Aconsejando reposo desde el día ..... hasta el día....., total de días ....., debiendo quedar al cuidado del familiar que lo/a acompaña.

.....

Estampillado

.....

Firma y sello de Médico



Programa Integral  
Interdisciplinario de  
Salud Laboral

**CERTIFICADO MÉDICO**  
Por Atención a Familiar Enfermo

En la localidad de ....., Provincia de.....

El día ....., se presentó a revisión médica .....

DNI:....., de ..... años de edad acompañado/a de:

..... DNI: ....., quien

declara ser (consignar parentesco) ..... Se certifica que el/la paciente se encuentra con un cuadro de .....

CIE-10: .....

Aconsejando reposo desde el día ..... hasta el día....., total de días ....., debiendo quedar al cuidado del familiar que lo/a acompaña.

.....

Estampillado

.....

Firma y sello de Médico