

## 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<sup>1</sup>

Firma y sello del médico

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

Acompaña al Certificado Médico de fecha ...../...../.....

DATOS HORAS CÁTEDRA/S											
ORD	ID. SARH	L	M	M	J	V	NOMBRE DE LA MATERIA	Cur	Div	Tur	SR
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

DATOS DEL CARGO			
ORD	ID. SARH	DENOMINACIÓN DEL CARGO	Situación de Revista
1			
2			