

CERTIFICADO MÉDICO

Fecha solicitud: _____

Certifico que don(a): _____

Padece de: _____

enfermedad crónica que requiere de tratamiento permanente con los medicamentos que a continuación se indican:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Nombre médico tratante : _____

Dirección consulta : _____

Teléfono : _____

_____ FIRMA PROFESIONAL _____

