

**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**