



Fecha	
Establecimiento	

CERTIFICADO MEDICO

1.- IDENTIFICACION DEL SOCIO

Cedula de Identidad	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

2.- IDENTIFICACION PACIENTE

Cedula de Identidad	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

3.- **DIAGNOSTICO** :

4.- TRATAMIENTO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS	DURACION TRATAMIENTO
Medicamento : _____	Medicamento : _____
Medicamento : _____	Medicamento : _____
Medicamento : _____	Medicamento : _____

5.- **EXAMENES** :

6.- **NOMBRE MEDICO TRATANTE** :

7.- **ESPECIALIDAD** :

8.- **JUSTIFICACION** :

Firma del Solicitante

**Firma y Timbre
Médico Tratante**





USO EXCLUSIVO MEDICO CONTRALOR:

Solicitud Aprobada	Solicitud Rechazada	Fecha de revisión
Observaciones		

**Firma y Timbre
Médico Contralor**

