**SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**

**CERTIFICADO MÉDICO**

D./Dña.:

Nº de colegiado/a:

Centro de Salud/Hospital:

Servicio/Unidad:

**CERTIFICA:**

Que D./Dña.:

Con DNI/NIE nº:

Domicilio:

Ha sido atendido/a en este centro el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tras valoración médica, se constata lo siguiente:

Motivo de la consulta:

Antecedentes personales relevantes:

Exploración física y hallazgos clínicos:

Diagnóstico:

Tratamiento prescrito:

Observaciones y recomendaciones:

**Según lo expuesto, el paciente se encuentra:**

□ Apto/a para la actividad laboral/estudios/habitual

□ No apto/a para la actividad laboral/estudios/habitual

□ Precisa reposo desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Otras observaciones:

Y para que conste, expido el presente certificado médico a petición del interesado/a.

Sello y firma del médico/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del médico/a

Nº de colegiado/a

Fuente original del documento:

<https://experto-certificados.com/certificado-medico-sas/>

¿Te ha resultado útil esta plantilla?

Descubre más documentos actualizados en:

<https://experto-certificados.com>

Plantilla de uso personal y gratuito. Prohibido su uso comercial.
Si se comparte o publica, debe mencionarse la fuente. © experto-certificados.com