

# CERTIFICADO MÉDICO SAS

Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

DNI/NIE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL MÉDICO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Número de colegiado: \_\_\_\_\_

Centro médico: \_\_\_\_\_

Domicilio del centro: \_\_\_\_\_

## CERTIFICO

Que el/la paciente anteriormente mencionado/a ha sido examinado/a por mí y presenta el siguiente diagnóstico, sin perjuicio de futuras revisiones y conforme a los datos clínicos y exploraciones realizadas.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Recomendaciones y limitaciones: \_\_\_\_\_

Duración estimada del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

## Firma del médico

	_____
Sello del centro médico	

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>

Visítanos

Plantilla de uso personal y gratuito. Prohibido su uso comercial.

Si se comparte o publica, debe mencionarse la fuente.

Esta plantilla tiene carácter orientativo y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar a un abogado especializado para cada caso.