



FR-OP-GSOLI-06.
Certificado Médico
Reposo/ Cirugía

Versión: **4**
Fecha de Aprobación: 30/06/2022
Fecha de Vigencia: 01/08/2022
Página 1 de 1

El profesional médico debe completar este formulario con carácter de declaración jurada, con letra clara, legible sin enmiendas ni borrones

1. DATOS DEL PACIENTE

Certifico que el / la Sr. /a: _____

2. DATOS DEL/LA MEDICO/A TRATANTE:

Nombre/s y Apellido/s: _____

Registro Profesional N° _____ Especialidad/es : _____

Teléf. / Celular: _____

3. DIAGNOSTICO/S DEL PACIENTE

a- _____
b- _____

BREVE INFORME CLINICO REFERENTE AL LOS DIAGNOSTICOS.-

**4. DATOS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA REALIZADA Y DETERMINAR SI CORRESPONDE A CIRUGÍA MAYOR O MENOR:
CIRUGIA EFECTUADA _____**

FECHA DE LA CIRUGIA: ____/____/____

5. DATOS DEL REPOSO: DEBE PERMANECER EN REPOSO DURANTE _____

DIAS EN NUMEROS (____) EN LETRAS (_____) A CONTAR DESDE EL ____/____/____

6. DATOS DE LA INTERNACION

Fecha de Ingreso: ____/____/____. Fecha de Egreso: ____/____/____.-

NOMBRE DEL CENTRO ASISTENCIAL

FECHA DE EXPEDICION DE ESTE CERTIFICADO : ____/____/____.-

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

SELLO Y/O ACLARACION DE FIRMA