CERTIFICADO MEDICO

Apellidos y nombres del/de la beneficiario/a:

Obra Social a la que pertenece

Informo que efectuado el correspondiente reconocimiento médico de este paciente,
CERTFICO que padece de las siguientes enfermedades:

Para lo que prescribo la siguiente medicación:

Medicación indicada:	Dosificación prescripta:

Declaro bajo mi responsabilidad que todos los datos consignados en este documento son ciertos:

Firma y sello del Facultativo:

…….. , ……. de …… de ……..