# JUSTIFICANTE MEDICO

[NOMBRE DR], [APELLIDOS DR], **[LIC DR]**

[DIRECCION DR]

[LOCALIDAD, CUIDAD, CP]

**TELEFONO:** [555 555 555] | **FAX:** [555 555 555]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Se certifica que: |  | | |
| Fue visto y examinado en nuestra consulta | |  | |
| Y podrá volver al trabajo o a la escuela el día | | |  |

|  |
| --- |
| **Comentarios:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fdo |  |
| [NOMBRE DR], [APELLIDOS DR], **[LIC DR]** | |

**Información Copyright - Leer**

© Esta plantilla gratuita de Microsoft Office es propiedad de [justificantemedi.com](https://justificantemedi.com/). Puede descargar y modificar esta plantilla para su uso personal. Puede (y debe) eliminar este aviso de copyright (haga clic aquí para ver cómo) antes de personalizar la plantilla.

No puede distribuir o revender esta plantilla, o sus derivados, y no puede ponerla a disposición en otros sitios web sin nuestro permiso previo. Todo uso compartido de esta plantilla debe hacerse mediante un enlace a https://justificantemedi.com/. Para cualquier pregunta relacionada con el uso de esta plantilla, envíenos un correo electrónico - info@justificantemedi.com