



**Centro médico**

---

## Justificante de asistencia médica

---

El paciente: \_\_\_\_\_, con DNI: \_\_\_\_\_  
acudió a este centro el día: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a las \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.

---

---

Sirva el presente documento para acreditar o justificar la asistencia médica prestada al paciente antes mencionado.

---

Firma del centro

Firma del paciente o acompañante