



Centro médico

---

## Justificante de asistencia médica

El paciente: \_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_

acudió a este centro médico el día : \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_ : \_\_\_\_ horas

---

Sirva este documento para acreditar la presencia en el centro y atención médica al paciente antes mencionado y como justificante de falta de asistencia.

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Firma y/o sello del centro)