



Centro médico

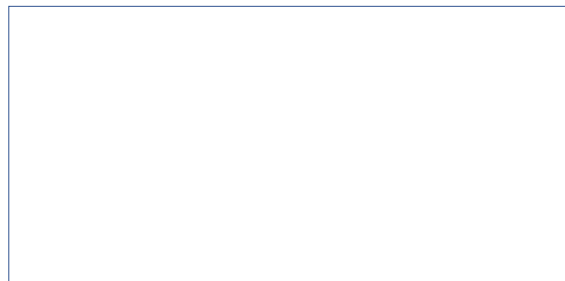
Justificante de asistencia médica

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)