



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA MÉDICA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos _____

DNI / NIE _____

Fecha de nacimiento _____

N.º de historia clínica _____

DATOS DE LA ASISTENCIA

Fecha _____

Hora de entrada _____

Hora de salida _____

Servicio o especialidad _____

Centro sanitario _____

Localidad _____

DATOS DEL FACULTATIVO

Nombre y apellidos _____

N.º de colegiado _____

El/la facultativo/a que suscribe CERTIFICA que el/la paciente arriba indicado/a ha sido atendido/a en este centro en la fecha y hora indicadas, a los efectos que estime oportunos.

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO

Fdo.: _____

N.º de colegiado: _____

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)