

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIAGNOSTICO: _____

REPOSO -DESDE _____ HASTA _____

FECHA DE EMISION _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIAGNOSTICO: _____

REPOSO -DESDE _____ HASTA _____

FECHA DE EMISION _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MEDICO

