****JUSTIFICANTE MÉDICO

Nombre del médico tratante

CED. PROF.:

Paciente:

Edad:

Sexo:

Ciudad, Estado a Día de Mes de Año

Por medio de la presente me permito informar que el paciente NOMBRE DEL PACIENTE no se encuentra en capacidad de llevar a cabo sus actividades laborales debido a un cuadro de (indicar la enfermedad o razón del justificante) que le requiere reposo durante (número de días del justificante) días: desde hoy, (la misma fecha de emisión del documento), hasta el próximo (indicar la fecha en la que termina el periodo justificado) del presente año.

La presente se extiende al interesado para los fines que a este convengan.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante