

LOGO DEL CENTRO

CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia:

Servicio de salud de referencia: Servei de Salut de les Illes Balears (IB-Salut)

CERTIFICADO DE REPOSO DOMICILIARIO

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos

DNI / NIE

Fecha de nacimiento

N.º de historia clínica

DATOS DEL FACULTATIVO Y DEL CENTRO

Nombre y apellidos

N.º de colegiado

Centro sanitario

Localidad

PERIODO DE REPOSO RECOMENDADO

Desde

Hasta

N.º de días

Recomendaciones

El/la facultativo/a que suscribe CERTIFICA que el/la paciente arriba indicado/a precisa reposo domiciliario durante el periodo indicado, tras la valoración realizada en este centro.

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO

Fdo.: _____

N.º de colegiado:

SELO DEL CENTRO SANITARIO