



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Sanidad de Castilla y León (SACYL)

CERTIFICADO DE ACOMPAÑAMIENTO A CONSULTA MÉDICA

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombre y apellidos _____

DNI / NIE _____

DATOS DEL PACIENTE ACOMPAÑADO

Nombre y apellidos _____

Parentesco o relación _____

DATOS DE LA ASISTENCIA

Centro sanitario _____

Localidad _____

Fecha _____

Hora _____

El/la facultativo/a que suscribe CERTIFICA que la persona arriba indicada ha acompañado al paciente durante la asistencia médica detallada en este documento.

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO O DEL CENTRO

Fdo.: _____

N.º de colegiado: _____

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)