



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

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

JUSTIFICANTE DE REVISIÓN MÉDICA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos	_____
DNI / NIE	_____
Fecha de nacimiento	_____
N.º de historia clínica	_____

DATOS DE LA REVISIÓN

Tipo de revisión o prueba	_____
Centro sanitario	_____
Localidad	_____
Fecha	_____
Hora	_____

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 acudido a este centro para la revisión, analítica o prueba diagnóstica indicada.

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO

Fdo.: _____

N.º de colegiado: _____

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)