

LOGO DEL CENTRO

CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

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

JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos

DNI / NIE

Fecha de nacimiento

N.º de historia clínica

DATOS DE LA ASISTENCIA

Hospital o centro

Localidad

Fecha

Hora de entrada

Hora de alta

Motivo de la asistencia

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 sido atendido/a en el servicio de urgencias de este centro, con la hora de entrada y de alta que se indican.

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO

Fdo.: _____

N.º de colegiado: _____

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)