



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

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)