



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

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

JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA MÉDICA

DATOS DEL PACIENTE

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

DATOS DE LA ASISTENCIA

Fecha	_____
Hora de entrada	_____
Hora de salida	_____
Servicio o especialidad	_____
Centro sanitario	_____
Localidad	_____

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 este centro en la fecha y hora indicadas, a los efectos que estime oportunos.

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO

Fdo.: _____

N.º de colegiado: _____

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)