



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

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

CERTIFICADO DE REPOSO DOMICILIARIO

DATOS DEL PACIENTE

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

DATOS DEL FACULTATIVO Y DEL CENTRO

Nombre y apellidos	_____
N.º de colegiado	_____
Centro sanitario	_____
Localidad	_____

PERIODO DE REPOSO RECOMENDADO

Desde	_____
Hasta	_____
N.º de días	_____
Recomendaciones	_____

El/la facultativo/a que suscribe CERTIFICA que el/la paciente arriba indicado/a precisa reposo domiciliario durante el periodo indicado, tras la valoración realizada en este centro.

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO

Fdo.: _____

N.º de colegiado: _____

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)