



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: \_\_\_\_\_

Servicio de salud de referencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (GVA Sanitat)

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)