

LOGO DEL CENTRO

## CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: \_\_\_\_\_

Servicio de salud de referencia: Servizo Galego de Saúde (SERGAS)

### 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)