

LOGO DEL CENTRO

CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

JUSTIFICANTE DE REVISIÓN MÉDICA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos

DNI / NIE

Fecha de nacimiento

N.º de historia clínica

DATOS DE LA REVISIÓN

Tipo de revisión o prueba

Centro sanitario

Localidad

Fecha

Hora

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 acudido a este centro para la revisión, analítica o prueba diagnóstica indicada.

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO

Fdo.: _____

N.º de colegiado: _____

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)