



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

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)