LOGO DEL CENTRO

## CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Servicio Murciano de Salud (SMS)

# 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)