



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

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

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)