

## PACIENTE

---

F Nacimiento:

## Justificante de

---

Datos de

Fecha: Hora:

Servicio:

Médico: doctor/a: ( 964 )

Sirva el presente documento para acreditar o justificar la asistencia médica prestada al paciente antes mencionado.

---

Firma del centro

Firma del paciente o  
acompañante