



PROVINCIA DE SANTA FE
MINISTERIO DE EDUCACION

CERTIFICADO MÉDICO MODALIDAD EDUCATIVA DOMICILIARIA

El día.....a lashoras se presentó a revisión
médica el/la paciente.....
.....con DNI.....de..... años de edad.

Se certifica que se encuentra con un cuadro de.....
..... de patología aconsejando reposo
desde el día.....hasta el día.....
cantidad de días:..... (30 días mínimo)

Observaciones:
.....
.....
.....

Firma, sello y matrícula del Profesional Médico