



INFORME DE ATENCIÓN MÉDICA

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

- a. Nombre y apellido del paciente:
- b. Historia clínica/cédula /pasaporte:
- c. Edad del paciente:

2. INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA:

- a. Fecha de atención (día/mes/año):
- b. Servicio/Especialidad donde fue atendido:
- c. Diagnósticos de egreso y CIE-10:
- d. Descripción/resumen de la historia clínica (según lo solicitado en el informe):
- e. Requirió reposo (si es afirmativo, desde y hasta cuándo en números y letras):
- f. Requirió hospitalización (si es afirmativo, en qué servicio/especialidad fue, y desde y hasta cuándo en números y letras):
- g. Nombre del médico que atendió al paciente:
- h. Especialidad del médico que atendió al paciente:

3. INFORMACIÓN DE LA REDACCIÓN DEL CERTIFICADO:

- a. Fecha de elaboración del informe (día/mes/año):
- b. Nombre del médico que lo redactó:
- c. Especialidad del médico:
- d. Código del MSP:

Firma y sello del médico: