# JUSTIFICANTE MÉDICO

Yo, Dr. (Nombre del médico), con número de colegiatura (Número de colegiatura), debidamente registrado en el Colegio Médico del Perú, certifico que el(a) señor(a) (Nombre del paciente), identificado(a) con DNI N° (Número de DNI), ha sido evaluado(a) en consulta médica el día (Fecha de la consulta).

Como resultado de dicha evaluación, se ha determinado que el(a) paciente presenta la siguiente condición médica: (Descripción de la enfermedad o motivo de reposo). Por lo tanto, se le recomienda un reposo médico de (Número de días) días, desde el día (Fecha de inicio del reposo) hasta el día (Fecha de término del reposo).

Durante este periodo, el(a) paciente deberá abstenerse de realizar cualquier actividad laboral o educativa que comprometa su recuperación.

Se expide el presente documento para los fines que el interesado(a) considere pertinentes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Dr. (Nombre del médico)
Número de colegiatura: (Número)
Especialidad: (Especialidad)
Teléfono de contacto: (Teléfono)