



**COLEGIO
ODONTOLÓGICO**
DE LA PROVINCIA DE **CÓRDOBA**

CERTIFICADO MEDICO

El médico que suscribe.....

M.P. N°:....., especialista en.....

certifica que ha examinado a:

de.....años de edad, D.N.I. N°:..... domiciliado/a en:.....

.....,

habiendo constatado lo siguiente:

.....

.....

.....

.....

.....

Síntesis diagnóstica:.....

Pronóstico:.....

Tiempo de recuperación laboral estimada:.....

Porcentaje de incapacidad laboral actual:.....%.

Tratamiento actual:.....

Tratamiento aconsejado:.....

Para ser presentado al Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba.

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y Sello