**CERTIFICACION MÉDICA (DV-CV-AH-002)**

**PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR COVID-19**

**CERTIFICO,** que el paciente Click or tap here to enter text.. Récord Médico Número Click or tap here to enter text., Fecha de Nacimiento dd/mm/aaaa,  estuvo bajo o  está bajo tratamiento, desde dd/mm/aaaa hasta dd/mm/aaa.

**DETALLE LAS CONDICIONES QUE JUSTIFIQUE LOS SERVICIOS DEL AUXILIAR DEL HOGAR:**

Click or tap here to enter text.

**MEDICAMENTOS:**

Click or tap here to enter text.

**COMENTARIOS:**

Click or tap here to enter text.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre y Firma del Médico** |  | **Núm. Licencia** |  | **Fecha** |