

**CERTIFICADO MEDICO PARA CONSTANCIA DE SUPERVIVENCIA**

Institución.....

Domicilio.....

DATOS DEL PACIENTE

Apellido/s y Nombre/s \_\_\_\_\_

DNI/LE/LC/ PAS N° \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Diagnóstico:.....

DATOS DEL MEDICO CERTIFICANTE

Apellido/s y Nombre/s \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ Matrícula N° \_\_\_\_\_

En la Ciudad de Buenos Aires, a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Firma y Sello del Médico**

**Firma y Aclaración del Apoderado del Paciente**

**Firma y Aclaración Titular de la Institución**

00437713



00437714





GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
"2019 -Año del 25° Aniversario del reconocimiento de la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires"

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

Buenos Aires,

**Referencia:** Certificado Médico para Constancia de Supervivencia

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.