**FORMULARIO ESTÁNDAR DE CERTIFICADO MÉDICO**

|  |
| --- |
| **Nombre del cliente o del solicitante a cuyo nombre está o estará registrada la cuenta del servicio público:** |
| **Número de cuenta del servicio público (opcional):**  |
| **Dirección del cliente o del solicitante a cuyo nombre está o estará registrada la cuenta del servicio público:****Nombre y dirección del paciente si son diferentes del cliente o del solicitante antes descrito:****Relación del paciente con el cliente o el solicitante si el paciente es diferente del cliente o del solicitante antes descrito:** |
| **Duración anticipada de la aflicción/condición médica:** |
| **Nombre impreso del médico, el enfermero especializado o el auxiliar médico:** |
| **Número de licencia del médico, el enfermero especializado o el auxiliar médico:** |
| **Dirección y número telefónico del consultorio del médico, el enfermero especializado o el auxiliar médico:** |
| **Firma (o firma electrónica) del médico, enfermero especializado o auxiliar médico, además de la fecha de la firma:**  |

**A ser completado por el médico, el enfermero especializado o el auxiliar médico**