

[LOGOTIPO]

NOMBRE DE LA CLÍNICA

Dirección · Código postal y localidad
Teléfono · Correo electrónico
Nº de registro sanitario · NIF



DriCloud
Software médico
para clínicas

JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA A CONSULTA

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y apellidos	
Nº de colegiado	
Especialidad	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos	
DNI / NIE / Pasaporte	

CERTIFICA

Que la persona arriba indicada ha acudido a consulta en este centro el día ____ de _____ de 20____, con entrada a las ____ horas y salida a las ____ horas.

Indica la hora de entrada y salida solo cuando la ausencia sea de horas y no de la jornada completa.

Observaciones (sin datos clínicos):

Se expide el presente justificante a petición del interesado, a los efectos oportunos.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Firma del profesional

Sello del centro

Este justificante se limita a acreditar la circunstancia indicada. No contiene diagnóstico, pruebas ni tratamiento, en aplicación del principio de minimización de datos (art. 9.2.b del RGPD y criterio de la AEPD sobre justificantes de ausencia laboral).

[LOGOTIPO]

NOMBRE DE LA CLÍNICA

Dirección · Código postal y localidad
Teléfono · Correo electrónico
Nº de registro sanitario · NIF



DriCloud
Software médico
para clínicas

JUSTIFICANTE DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAR

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y apellidos	
Nº de colegiado	
Especialidad	

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombre y apellidos	
DNI / NIE / Pasaporte	
Parentesco con el paciente	

DATOS DEL PACIENTE ATENDIDO

Nombre y apellidos	
DNI / NIE / Pasaporte	

CERTIFICA

Que el acompañante arriba indicado ha acudido a este centro el día ____ de _____ de 20____, con entrada a las ____ horas y salida a las ____ horas, acompañando al paciente arriba indicado.

Marcar solo si procede y el trabajador va a ejercer un permiso por cuidado de familiar:

- ☐ El familiar no puede valerse por sí mismo.
☐ El familiar no desempeña actividad retribuida.
☐ El acompañante le presta cuidado directo.

Son las únicas circunstancias que la AEPD admite hacer constar. No añadas ningún dato clínico del paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Firma del profesional

Sello del centro

Este justificante se limita a acreditar la circunstancia indicada. No contiene diagnóstico, pruebas ni tratamiento, en aplicación del principio de minimización de datos (art. 9.2.b del RGPD y criterio de la AEPD sobre justificantes de ausencia laboral).

[LOGOTIPO]

NOMBRE DE LA CLÍNICA

Dirección · Código postal y localidad

Teléfono · Correo electrónico

Nº de registro sanitario · NIF



DriCloud
Software médico
para clínicas

JUSTIFICANTE DE RECOMENDACIÓN DE REPOSO

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y apellidos	
Nº de colegiado	
Especialidad	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos	
DNI / NIE / Pasaporte	

CERTIFICA

Que la persona arriba indicada ha sido atendida en este centro el día ____ de _____ de 20____ y que, por indicación facultativa, se recomienda reposo desde el día ____ / ____ / 20____ hasta el día ____ / ____ / 20____, ambos inclusive.

IMPORTANTE: esta recomendación de reposo NO constituye una baja por incapacidad temporal y no produce sus efectos laborales. El parte de baja solo puede emitirlo el médico del servicio público de salud o de la mutua correspondiente.

Se expide el presente justificante a petición del interesado, a los efectos oportunos.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Firma del profesional

Sello del centro

Este justificante se limita a acreditar la circunstancia indicada. No contiene diagnóstico, pruebas ni tratamiento, en aplicación del principio de minimización de datos (art. 9.2.b del RGPD y criterio de la AEPD sobre justificantes de ausencia laboral).