

Certificado de Embarazo

Lugar: _____ Fecha _____ de _____ de 20 _____

Por medio de la presente, certifico que la paciente: _____

DNI: _____ se encuentra cursando un embarazo de _____ semanas.

F.U.M: _____ F.P.P: _____ Condición que habilita a la paciente a gozar de los servicios correspondientes al: **Plan Materno Infantil (PMI)**.

Firma y Sello del Profesional

