



# Certificado Pediatra

Rosario, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Dr./a. \_\_\_\_\_

De nuestra mayor consideración;

Obra en nuestro poder una solicitud de afiliación a AMR Salud para \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de edad, subscripta por el/la padre/madre. A los fines de cumplimentar la información necesaria para completar dicha solicitud es que requerimos los siguientes datos, que usted debe validar, con firma y sello. Agradeciendo desde ya su colaboración y esperando sepa interpretar la necesidad de este requerimiento, aprovechamos la oportunidad para saludarle muy atentamente.

**JOSÉ TEROL**  
Gerente AMR Salud

Certifico que \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de edad nació de parto \_\_\_\_\_ (normal o distócico).

- Al momento del nacimiento su estado fue \_\_\_\_\_ (si hubo complicaciones, especificar).

- Padece malformación o enfermedad congénita: SI / NO (si las padeciera, especificar)

- Goza de buena salud: SI / NO

Especificaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MÉDICO.** Matrícula y Aclaración