

## CERTIFICADO MÉDICO PRECARIO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

N° y tipo de documento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

### Diagnóstico:

Paciente COVID Positivo / Sospechoso (*tachar lo que no corresponde*).

Rechazo de indicación médica de internación y/o asilamiento.

Riesgo para sí y para terceros (Peligro para la Salud Pública / Propagación de Enfermedad grave y contagiosa).

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El presente certificado se emite en el marco de los DNU del PEN 260/20 y 297/20, en relación a los Art. 202, 205 y cc del Código Penal.

Tiene limitado alcance y deberá mantenerse su estricta confidencialidad.

La constancia que precede deberá ser confirmada por el Médico Forense y/o Perito Judicial correspondiente.