

5ºA

16	03	22
DÍA	MES	AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) _____

Lopez Quindel _____ quién presenta el
diagnóstico de *Amigdalitis Aguda* _____

, por lo que debe guardar reposo por 05 días, a contar del 16/03/22.

Se otorga el siguiente certificado, a petición del interesado, para ser
presentado en *Colegio Providencia* _____

Atentamente,

Dr. Rodrigo Zarzosa Palma
Médico Cirujano
15.160.051-4

FIRMA