

50A

29	07	25
DÍA	MES	AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) \_\_\_\_\_

Sofía Pozas Silva

quién presenta el

diagnóstico de \_\_\_\_\_

Gastroenteritis

, por lo que debe guardar reposo por 03 días, a contar del 28 / 07 / 25

Se otorga el siguiente certificado, a petición del interesado, para ser  
presentado en mi Colegio

Atentamente,

  
**Dr. Hans Oppermann Soza**

Médico Familiar

Rut: 7.008.787-1

FIRMA