

13/12

3B

## Certificado

El médico que suscribe certifica haber asistido profesionalmente al (la) paciente:

**Andrés ALVAREZ MERINO**

**24.180.410-0**

Edad: **9** años

Quien debe permanecer:

Sin actividad física durante **10** días

En reposo en su hogar durante **7** días

A contar del **14** de **JUNIO** de **2022**

Por la siguiente causa:

**BRONQUITIS OBSTRUCTIVA**

Se extiende el presente certificado para ser presentado en:

**COLEGIO PROVIDENCIA**

Fecha **14** / **06** / **22**

Dr. José Luis Consuegra Theran

MÉDICO CIRUJANO

Nombre y firma médico tratante