

Asociación Mapuche
P/L Salud Makewe-Pelales
Hospital Makewe /

IIA

CERTIFICADO

Por la presente se certifica que don (a): Soledad Huina Mañín Edad: _____

RUT: 21951841-2 fue atendido en este hospital el día: _____ y presenta el siguiente diagnóstico: Dermatitis por lo cual deberá:

- ☐ Permanecer Hospitalizado por _____ días
☒ Permanecer en reposo en casa entre los días 1 día y _____
☐ No realizar Educación Física por _____ días / mes(es)
☐ Realizar actividad física liviana por _____ días.
☐ Debe acudir a control el día _____.

El pronóstico de sus lesiones es: LEVE - MEDIANA GRAVEDAD - GRAVE

Se extiende el presente certificado para ser presentado en: _____

Atentamente:

Fecha:

2/5/22

Jainer E. Muñoz Sanhueza
Médico Cirujano
Rut. 13 145 527-5

MEDICO/ MATRON / KINESIOLOGO / ENFERMERA /