

4º B

16	05	22
DÍA	MES	AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) _____

Emilia Belen Cortes Pego

quién presenta el

diagnóstico de _____

Rinofaringitis

, por lo que debe guardar reposo por 1 días, a contar del 16 10 22

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