



2ºA.

Certificado

Nombre Paciente: **MAYTTE PASCALE CASTILLO AVENDAÑO**

Cédula de Identidad: **25999480-2**

El profesional del establecimiento CESFAM METODISTA, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:
VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

CON INDICACION DE REPOSO POR 4 DIAS ENTRE 7 Y 10 DE ABRIL DEL 2025

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, y para los fines que éste estime conveniente.

Atentamente:


Dr. Álvaro Arevalo Loayza
Médico Cirujano
18.446.754-2
ALVARO IGNACIO AREVALO LOAYZA
MEDICINA GENERAL

08 / 04 / 2025