

1ºA.

11	10	27
----	----	----

  
DIA      MES      AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta)

Sofia Nardone

quién presenta el  
diagnóstico de otitis media

, por lo que debe guardar reposo por \_\_\_\_\_ días, a contar del 11/11

Al 14/10

Se otorga el siguiente certificado, a petición del interesado, para ser  
presentado en \_\_\_\_\_

Atentamente,

  
Marina Bustos Barrientos  
12.880.592-3  
Pediatra  
Clínica Mayor

FIRMA