

CERTIFICADO

4A

El médico tratante que suscribe ha indicado reposo al (la) paciente:

Antonia Soto

Edad:.....años

Quién deberá permanecer:

..... días sin actividad física

04 días en reposo en su hogar

A contar del 13 de 05 de 2025

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

Respiratorio Agudo

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

Me alegro

Dr. Claudio Arias A.
9639881-6
Pediatra

13/5/25

Nombre y firma médico tratante

Fecha