

2A ✓

15	04	25
DÍA	MES	AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) \_\_\_\_\_

Amparo Montecinos Inostroza \_\_\_\_\_ quién presenta el

diagnóstico de \_\_\_\_\_

Gastritis Aguda.

, por lo que debe guardar reposo por 03 días, a contar del 15/4/25

Se otorga el siguiente certificado, a petición del interesado, para ser  
presentado en su colegio

Atentamente,

Dr. Hans Oppermann Soza  
Médico Familiar  
Rut: 7.009.757

FIRMA