

CERTIFICADO

Kº

Fecha

21/7/25

El (la) Profesional que suscribe certifica que el (la) paciente:

Amalia

debe permanecer en reposo.

Desde

17/7/25

Hasta

25/7/25

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,
Diagnóstico:

Faringoamigdalitis

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para
que sea presentado en:

Wlegio

o los fines que estime conveniente.

Atte

Dr. Pedro A. Lorca Osorio
Médico Pediatra
RUT: 65226911 R.C.M.N. 13477-6

Médico tratante