

IIA-
✓

15	04	25
DÍA	MES	AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) _____

Pia

Gutierrez Castillo

quién presenta el

diagnóstico de _____

Contusión de Cráneo

,por lo que debe guardar reposo por _____

3

días, a contar del

16/04/25

Se otorga el siguiente certificado, a petición del interesado, para ser

presentado en _____

Su Colegio.

Atentamente,



Dr. Tarek Alamos M.
Médico Cirujano
RUT:17.946.062-9
RCM:38048

FIRMA