



II A.

Certificado Médico

Nombre Paciente: **ADMILLA DEL PILAR VENEGAS CASTRO**

Cédula de Identidad: **23146445-K**

El profesional del establecimiento PTO.SAAVEDRA HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

o **INTOLERANCIA AL GLUTEN, CRISIS AGUDA**

CON INDICACION DE REALIZAR REPOSO ESCOLAR POR 4 DIAS (A PARTIR DE MARTES PM)

ENTREGO EL PRESENTE PARA SER ENTREGADO EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.

Dr. Angelica Belén Solis Alvarez
ANGÉLICA BELÉN SOLÍS ÁLVAREZ
MEDICINA GENERAL

27 / 03 / 2025