

Certifico haber atendido al Sr. (ta) _____

Emi Oyarzun Ruiz _____ quién presenta el

diagnóstico de _____

Rinofaringitis Ag - IRA alta viral

, por lo que debe guardar reposo por 04 días, a contar del 12/03/26

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

Atentamente,

Dr. Hans Oppermann Soza
Médico Familiar
Rut: 7.008.787-1

FIRMA