

I<sup>o</sup>B

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

Emilia Pozas Silva \_\_\_\_\_ quién presenta el

diagnóstico de \_\_\_\_\_

IRA alta

Rinofaringitis

, por lo que debe guardar reposo por 03 días, a contar del 21 / 7 / 25

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

presentado en su Colegio \_\_\_\_\_

Atentamente,

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

FIRMA