

10B

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 Soza
Médico Familiar
Rut: 7.008.787-1

FIRMA