

4ºA

03	08	24
DÍA	MES	AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) _____

Gavilan Saez

quién presenta el

diagnóstico de _____

Niño Frío, 5 años

, por lo que debe guardar reposo por 4 días, a contar del 04/08/24

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

presentado en _____

Atentamente,

Dr. Claudio Pichardo Morales
RUT: 12.347.904-0
Médico Cirujano

FIRMA