

4ºA.

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 03  | 08  | 24  |
| DIA | MES | AÑO |

Certifico haber atendido al Sr. (ta)

Alvaro

Goribu Segura

quién presenta el

diagnóstico de \_\_\_\_\_

Nino frio g. 15 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 Colegio

Atentamente,

Dr. Claudio Pichuco Morales  
RUT 11.947.924-0  
Medico Cirujano

FIRMA