

3=B.

22	04	25
DÍA	MES	AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) _____

Renata Iruñeda Rodríguez _____ quién presenta el

diagnóstico de Gastroenteritis _____

, por lo que debe guardar reposo por 5 días, a contar del 22 / 04 25

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

Atentamente,

Dr. Rafael Buitrago Holmquist
Médico Cirujano
RUT: 25.839.355-6
BCM: 406.7018

FIRMA