

108
28 08 24
DIA MES AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) _____

Amanda Navarrete Prado quién presenta el

diagnóstico de _____

Braxiquitís Aguda

, por lo que debe guardar reposo por 5 días, a contar del 28/10/24

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

presentado en _____

Atentamente,

Claudio Vidal Torres
RUT: 15.547.470-K
Médico Urgencia
Clínica Mayor

clv
FIRMA