

3A.

30 09 24  
DIA MES AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) \_\_\_\_\_

Johanna Gabren Gómez, quién presenta el  
diagnóstico de Rinofaringitis aguda

, por lo que debe guardar reposo por 5 días, a contar del 30/09/24.

Se otorga el siguiente certificado, a petición del interesado, para ser  
presentado en Acto de Entierro

Atentamente,

Dr. Rodolfo Palma  
Medico Cirujano  
15.160.051-4

FIRMA