

3A.

30	09	24
DÍA	MES	AÑO

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

Joliete Cabrera Fuentes 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 Centro de Estudios

Atentamente,

Dr. Rodrigo Barrera Palma  
Médico Cirujano  
15.160.051-4

FIRMA