

CERTIFICADO

2A

Fecha

19/8/2025

El (la) Profesional que suscribe certifica que el (la) paciente:

R Dolce le desde 20/08/2025 hasta 22/8/2025

debe permanecer en reposo.

Desde 19/8/2025 Hasta 22/8/2025

Sin actividad física durante 10 días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

Dol 1h Agudo

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para que sea presentado en:

Cali 90

o los fines que estime conveniente.


Ella Hidd Far.
Rut: 6.901.163-2
ICM 10.009-1
Médico Familiar


Médico tratante