



IV°B

## Certificado

Nombre Paciente: **DENYS GORETTI MARTINEZ LEAL**

Cédula de Identidad: **22683346-3**

El profesional del establecimiento CESFAM HUALPIN, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

FARINGITIS AGUDA, POR LO CUAL DEBE GUARDAR REPOSO ABSOLUTO EN SU HOGAR DESDE 22/07/2025 HASTA 26/07/2025.

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, y para los fines que éste estime conveniente.

*Dra. Gabriela Gamboa*  
RUT: 16.672.220-9  
MEDICINA GENERAL  
**GABRIELA CONSTANZA GAMBOA VENEGAS**  
MEDICINA GENERAL

22 / 07 / 2025