

# CERTIFICADO

3<sup>a</sup> A.

Fecha 18.8.22

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

Violente Alvarado  
Cosacava

debe permanecer en reposo.

Desde 16 al 19/8/22 Hasta \_\_\_\_\_

Sin actividad física durante \_\_\_\_\_ días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

Sin dolor ni fiebre

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

su avuelo

o los fines que estime conveniente.

Atte:

Dra. Olga Zamorano Vera  
Medicina Familiar - Geriatría  
RUT: 10.076.350-8  
(CM 18.231-1)

Olga

Médico tratante