



IV<sup>o</sup>A

## Certificado

Nombre Paciente: **NS:FICHA DE PASO VASQUEZ WOENCKHAUS, NR: MAGDALENA ISABEL VASQUEZ WOENCKHAUS**

Cédula de Identidad: **22383157-5**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

- 1- VIROSIS RESPIRATORIA ALTA
- 2- ONICOMICOSIS PIES BILATERAL

Se otorga el presente certificado a petición de familia de paciente para informar que no se encontraba en condiciones para asistir a colegio, se indica reposo en domicilio por 5 días a partir del día jueves 25/09/25 para recuperación.



Dr. Emmanuel Muñoz  
18.873.765 -K  
Médico Cirujano

**EMMANUEL MUÑOZ SILVA**

MEDICINA GENERAL

29 / 09 / 2025