

T/A

Fecha: 5-P-2022

Nombre Paciente: Edel Colón Colón

Edad: _____ R.U.T.: _____ Ciudad: _____

Domicilio: _____

CERTIFICADO MÉDICO

Rp.

certifico que la suscrita debe
realizar reposo absoluto por siete
días e contar de hoy por disposición
de la especialidad

Se extiende el pte a petición
de la interesada para los fines
que estime convenientes.


Dra. Sandra Venegas G.
Rut: 11.487.871-5
Psiquiatría Infantil

Senador Estebanez N°851 - Temuco
Fonos: 4 5265 7419 - +56 9 6125 1122
sandra@centroanay.cl www.centroanay.cl

SERVICOM - RUT.: 9.465.458-0 - ALDUNATE 070 - TEMUCO