

# CERTIFICADO

10

Fecha 1-7-24

El médico que suscribe certifica asistir profesionalmente al (la) paciente:

Paco Pérez

quién debe permanecer en reposo

desde 3-7-24 hasta 8-7-24

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

por la causa que se expresa a continuación

## DIAGNÓSTICO

Expediente Unidad

Se extiende el presente certificado para ser presentado en

Casa de Salud

Dr. Alejandro Vila Moller  
Médico Pediatra  
Rut 6.663.484-1

Médico tratante