

BºA



Certificado

Nombre Paciente: **THIARE ALEJANDRA GHISLANIE REYES CORTEZ**

Cédula de Identidad: **23359608-6**

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

Rinofaringitis aguda

Se indica reposo en domicilio por **3 días a partir del 17/11/2025**.

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



Catalina Herrera Sola
Medicina General
19.978.729-2

CATALINA ANTONIA HERRERA SOLA

MEDICINA GENERAL

14 / 11 / 2025