

CERTIFICADO

II B

Fecha 29/07/25

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

Trinidad Apuleya Salazar

debe permanecer en reposo.

Desde 28/07/25 Hasta 30/07/25

~~Sin actividad física durante _____ días~~

Por causa que se expresa a continuación,
Diagnóstico:

Faringitis (tran.)

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

Establecimiento comunal

o los fines que estime conveniente.


Dr. Felipe González Quezada
RUT:16.794.487-6
RCM:39518-8
Médico Cirujano

Médico tratante