

Nastizol® Corplus®

CERTIFICADO

El médico tratante que suscribe ha indicado reposo al (la) paciente:

Caro Luis Diaz Edad: *10* años

Quién deberá permanecer:

7 días sin actividad física
7 días en reposo en su hogar

A contar del *28* de *10* de *2024*

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

1- Fractura de la clavícula

Dr. Juan Rodrigo Henríquez Pichott
MÉDICINA GENERAL Y FAMILIAR
NIÑOS - ADULTOS Y ADULTO MAYOR
RUT: 12.525.218-4 / R.N.C.: 23.207-4 (R)

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

Nombre y firma médico tratante

Fecha

28-10-2024