

NOMBRE: Matron Sepúlveda Cid.
EDAD: _____ RUT: 24 330 606-K
DOMICILIO: _____

Rp.

Certifico que paciente
se encuentra con
Pruritos Agudos.
Requiere reposo en
Domicilio x 3 días

Dr. DANIEL GÁRATE NAVEAS
Médico Cirujano
RUT: 16.964.618-K
I.C.M. 33756-0

FECHA:

18 / 03 / 2024

FIRMA Y TIMBRE MÉDICO