

Certificado

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

Luis Daniel Neri no Lopez

- Edad: - años

Quien debe permanecer:

Sin actividad física durante días

En reposo en su hogar durante días

A contar del de de

Por la siguiente causa:

Dolorres agudos

Se extiende el presente certificado para ser presentado en:

colegio

Fecha / /

Nombre y firma médico tratante

Ober

DOCTORA PAULINA MORENO A.
PEDIATRA
R.R.T.: 9.561.375-6
I.C.M.: 19551-0