

www
a.c.

CERTIFICADO

Fecha

4/4/24

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

Gosnel *Guzma Lopez*

quién debe permanecer en reposo

desde 4/4/24 hasta 5/4/24

Sin actividad física durante _____ días

por la causa que se expresa a continuación
DIAGNÓSTICO

*No sorna grande
de los trastornos*

Se extiende el presente certificado para ser presentado en

colegio

*Dr. PAULINA MORENO A.
R.P.DIA TRA
RUT: 9561375-6
C.M.: 19551-0*

Médico tratante