

CERTIFICADO

Fecha 17/4/24

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

Javier Barba Fuentes

debe permanecer en reposo.

Desde 15/4/24 Hasta 19/4/24

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,
Diagnóstico:

Rinofaringitis purulenta

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

su colegio.

o los fines que estime conveniente.

Atte

Dra. C. Patricia Labarca R
Pediatra
Rut: 8.495.679-1

P. Labarca

Médico tratante