

CERTIFICADO

EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE DON (A) Kofeelo Rojas

- A) FUE ATENDIDO (A) PROFESIONALMENTE CON FECHA DE HOY A LAS 12:50 HRS.  
B) CONSULTÓ EN ESTE SERVICIO ACOMPAÑANDO A SU HIJO (A) CON FECHA DE HOY A LAS ..... HR.  
C) SE ENCUENTRA EN..... CONDICIONES DE SALUD.  
D) SERÁ DADO DE ALTA CON FECHA PROBABLE EL.....  
E) DEBE PERMANECER EN REPOSO DESDE ..... HASTA:.....  
F) SÓLO PUEDE REALIZAR TRABAJO LIVIANO HASTA EL :.....  
G) NO PUEDE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA HASTA EL :.....  
H) DEBE VOLVER A CONTROL EL :.....  
I) DEBE CANCELÁRSELE PASAJES DE IDA Y VUELTA DESDE TOMÉ / LIRQUÉN, CON / SIN ACOMPAÑANTE

SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA SER PRESENTADO EN : HOSPITAL DE TOMÉ  
HOSPITAL DE LIRQUÉN / PENCO

TRABAJO  
COLEGIO

DIAGNÓSTICO : Presintol Puro

TALCAHUANO

NOMBRE Y FIRMA MEDICO

Dr. LAURA CASTRO  
Pediatra  
RUT: 8.038.565-2