

CERTIFICADO

El médico tratante que suscribe ha indicado reposo al (la) paciente:

..... Julia Muñoz Edad: 6 años

Quién deberá permanecer:

..... 9 días sin actividad física
..... 9 días en reposo en su hogar

A contar del 4 de 9 de 29

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

Faringo bronquitis aguda
Infectada

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

DR. OSCAR SOLAR 3.

PEDIATRIA

A. PINTO 215-07 507

222-0711224-371

2015-03-24

Nombre y firma médico tratante

Fecha