

# CERTIFICADO

Fecha \_\_\_\_\_

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

Julieta Muñoz Faguan

debe permanecer en reposo.

Desde

10/4

Hasta

14/4/23

Sin actividad física durante \_\_\_\_\_ días

Por causa que se expresa a continuación,  
Diagnóstico:

Distorsión A

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

\_\_\_\_\_ o los fines que estime conveniente.

DR. OSCAR SOLAR G  
PEDIATRIA  
A PINTO 25-OF 507  
2224071/2224371  
RUT 5432945-1

Médico tratante