

CERTIFICADO

Fecha _____

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

debe permanecer en reposo.

Desde _____

10/4

Hasta _____

19/4/23

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,
Diagnóstico:

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

o los fines que estime conveniente.

DR. OSCAR SOLAR G
PEDIATRÍA
AV. PINTO 245-OF 507
22240712214371
RUT 5.302.065-1

Médico tratante