

CERTIFICADO

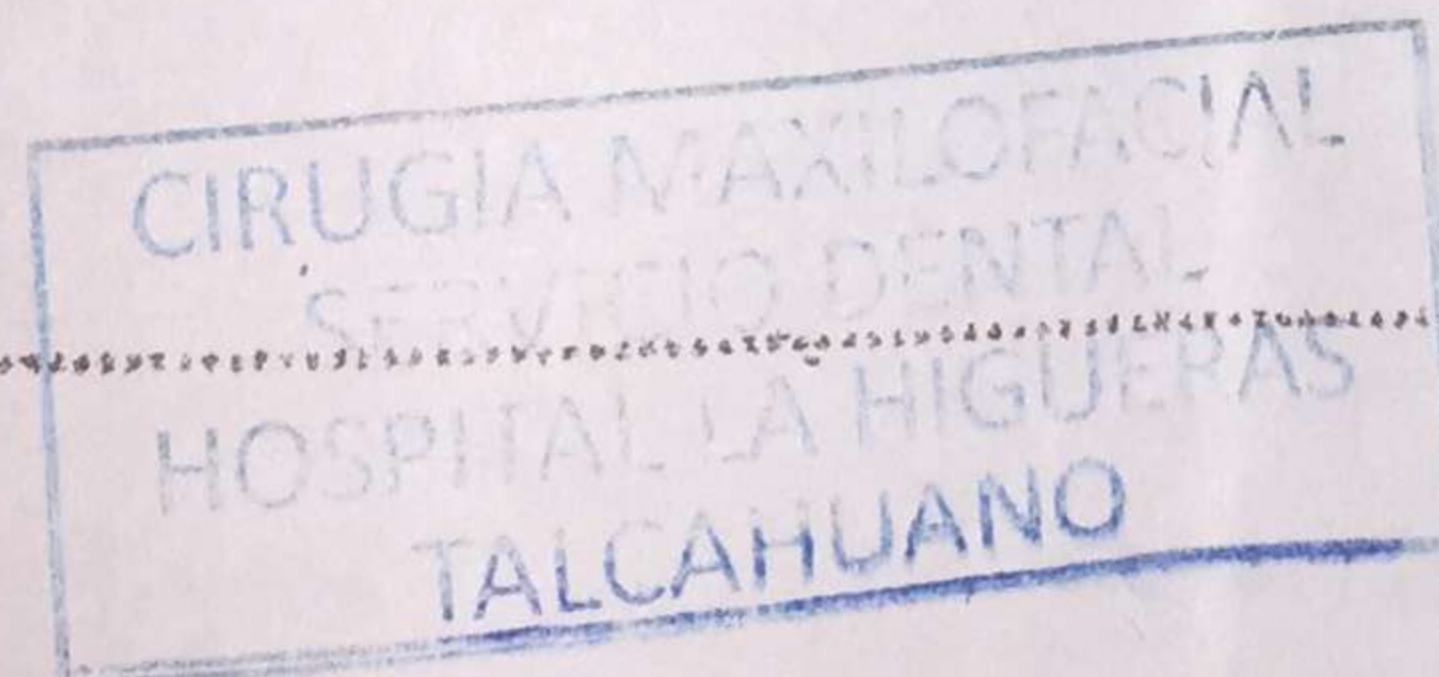
EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE DON (A)

Wente Cruzman Salcedo

- A) FUE ATENDIDO (A) PROFESIONALMENTE CON FECHA DE HOY A LAS 08:00 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 :



NOMBRE Y FIRMA MEDICO

TALCAHUANO

26 05

23

/ 20