

CERTIFICADO

EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE DON (A)

Javier Fuentes Figueroa

11:30 HRS.

- A) FUE ATENDIDO (A) PROFESIONALMENTE CON FECHA DE HOY A LAS 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 / PENCÓ

TRABAJO
COLEGIO

DIAGNÓSTICO :

ADM

Dra. Uka Barrios Penna

Cirujano Dentista

Ortodoncista

RUT 10.004.503-6

NOMBRE Y FIRMA MÉDICO

28/03/24

SERVICIO SALUD TALCAHUANO
CRISTOPHERIA DENTOMAXILAR
HOSPITAL LAS HIGUERAS
TALCAHUANO