

**BEATRIZ DOMINGUEZ CONDESA**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Calle 4 #2671, Hualpen  
Dirección: \_\_\_\_\_  
24.370.874-5  
C. Identidad: \_\_\_\_\_ Edad: 11 años  
02-11-2024  
Fecha: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

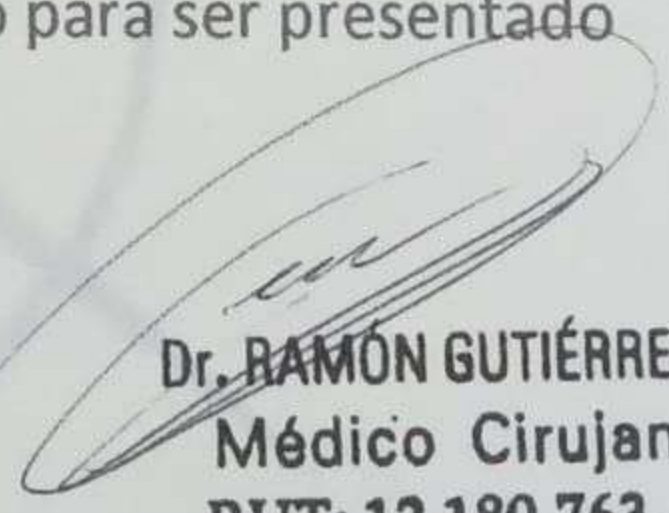
**Rp.:** Dg. Amigdalitis Aguda

**CERTIFICADO**

Certifico que el paciente **BEATRIZ DOMINGUEZ CONDESA**,  
presenta un cuadro de Amigdalitis Aguda,  
indicándosele tto. farmacológico y reposo por 4 días.  
A contar de hoy 02-11-24 al 05-11-24.

Se extiende el presente certificado para ser presentado  
en su lugar de estudios.

Atte.

  
**Dr. RAMÓN GUTIÉRREZ S.**  
**Médico Cirujano**  
**RUT: 12.180.763 - 7**

\_\_\_\_\_  
Firma