

# CERTIFICADO

08 MAYO 2024

Fecha \_\_\_\_\_

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

*José Vivero Jiménez*

debe permanecer en reposo.

Desde 06/05/24

Hasta 10/05/24

Sin actividad física durante 5 días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

*José*

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

o los fines que estime conveniente.

JORGE LEÓN DEL P.  
PEDIATRA  
RUT. 10.378.665-9

Médico tratante