

## CERTIFICADO

El médico tratante que suscribe ha indicado reposo al (la) paciente:

..... Emilia Flores ..... Edad: ..... años

Quién deberá permanecer:

..... días sin actividad física  
..... 3 ..... días en reposo en su hogar

A contar del ..... 25 ..... de Agosto ..... de 20.....

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

Pis fijos y dolores agudos

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

..... Gloria Herrera M. .....  
..... Pediatra .....  
..... 6.306.391-8 .....

Nombre y firma médico tratante

175 22

Fecha