

## CERTIFICADO

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

..... Catalina Aquilante Muñoz ..... Edad: 9 ..... años

Quién deberá permanecer:

..... — días sin actividad física

..... — días en reposo en su hogar

A contar del ..... 15 ..... de ..... 05 ..... de ..... 25 .....

Por causa que se expresa a continuación:

### Diagnóstico:

Asiste a evaluación médica hoy

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

..... Dra. Claudia Aquilante V. .....

..... 16.065.208-K .....



..... Pediatra .....

..... Nº Reg.: 209409 .....

Nombre y firma médico tratante

Fecha

15/05/25