

Nombre: **LEONOR AYALA FLORES**

Edad: **9 Años 5 Meses** RUT: **25.335.868-8** Fono: **999931100**

Domicilio: **SALAMANCA 69 VALLE NOBLE**

Rp.

CERTIFICADO

El médico que suscribe certifica asistir profesionalmente al paciente, cuyo diagnóstico es:

VIROSISS RESPIRATORIA ALTA

y quién deberá permanecer en reposo

**desde el martes, 9 de septiembre de 2025
hasta el viernes, 12 de septiembre de 2025**

Extiende el presente certificado para ser presentado en:

COLEGIO LA PROVIDENCIA CONCEPCION



Dr(a). Paula Vielma Ramos
14.207.616-0
Pediatria

9 DE SEPTIEMBRE DE 2025

.....
Fecha

.....
Firma

Centro Médico Otey Salud

Barros Arana 1668 Oficina 607, Concepción - Fono: 41 338 3682
contacto@oteysalud.cl • www.oteysalud.cl