

CERTIFICADO

Fecha 01 08 2025

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

Alyondio Valdes

debe permanecer en reposo.

30, 31-07-2025

Desde 01 08 Hasta 08 08

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

Asma bronquial
crónica

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

su hijo

o los fines que estime conveniente.

Dra. Flor M. Mora M.
Broncopulmonar-Infantil
RUT: 8.378.397 - 4
R.C.M. 14548 - 3

[Firma]

Médico tratante