

# CERTIFICADO

Fecha 1/4/2025

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

Tomas Pous Moye

debe permanecer en reposo.

Desde 2/4/2025 Hasta 4/4/2025

Sin actividad física durante \_\_\_\_\_ días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

Respir  
Acrus e Est

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

o los fines que estime conveniente.

Dra. M. Cristina Puga L.de H.  
Pediatra  
I.C.M.: 15005-1  
RUT: 7.720.333-1

Médico tratante