

CERTIFICADO

Dante Vega F.

EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE DON (A)

- A) FUE ATENDIDO (A) PROFESIONALMENTE CON FECHA DE HOY A LAS.....11.....HRS.
B) CONSULTÓ EN ESTE SERVICIO ACOMPAÑANDO A SU HIJO (A) CON FECHA DE HOY A LASHR
C) SE ENCUENTRA EN.....CONDICIONES DE SALUD.
D) SERÁ DADO DE ALTA CON FECHA PROBABLE EL.....
E) DEBE PERMANECER EN REPOSO DESDEHASTA:.....
F) SÓLO PUEDE REALIZAR TRABAJO LIVIANO HASTA EL :
G) NO PUEDE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA HASTA EL :
H) DEBE VOLVER A CONTROL EL :
I) DEBE CANCELÁRSELE PASAJES DE IDA Y VUELTA DESDE TOMÉ / LIRQUÉN, CON / SIN ACOMPAÑANTE

SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA SER PRESENTADO EN : HOSPITAL DE TOMÉ
HOSPITAL DE LIRQUÉN / PENCO

TRABAJO
COLEGIO

DIAGNÓSTICO :Control.....

Dra. Mónica Arancibia Cabalá
Endocrinóloga Pediátrica
RUT: 15.642.863 - 9

NOMBRE Y FIRMA MEDICO

TALCAHUANO16...../.....4...../ 2027.....