

CERTIFICADO

Dante Vega F.

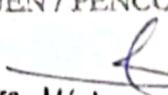
EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE DON (A) .....

- 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 LAS ..... HR
- C) SE ENCUENTRA EN..... CONDICIONES DE SALUD.
- D) SERÁ DADO DE ALTA CON FECHA PROBABLE EL .....
- E) DEBE PERMANECER EN REPOSO DESDE ..... HASTA: .....
- 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

TALCAHUANO 16 / 4 / 20 24