

CERTIFICADO

Fecha 2/9/2025

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

Sara Novas Grandon

debe permanecer en reposo.

Desde 2/9 Hasta 2/9

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,
Diagnóstico:

Sospecha infección
uricular

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. : 15605 - 1

Rut : 7.720.393 - 1

Médico tratante