

CERTIFICADO

Fecha 7/15/24

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

Grosval Gómez López

debe permanecer en reposo.

Desde 06/15/24

Hasta 11/15/24

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,
Diagnóstico:

farigitis aguda

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

Colégio

o los fines que estime conveniente.

Qar
Dra. PAULINA MORENO A.
PEDIATRA
RUT: 9.561.375-6
I.C.M.: 19551-0

Médico tratante