

CERTIFICADO

El médico tratante que suscribe ha indicado reposo al (la) paciente:

Sebastián Rodríguez

Edad:.....años

nostr

Quién deberá permanecer:

4

días sin actividad física

4

días en reposo en su hogar

A contar del *2* de *Septiembre* de *2025*

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

Faringitis bolástica

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

clipo

Am

DR. PAULINA MORENO A.
FE D I A T R A
RUT: 9.561.375-6
I.C.M.: 19551-0

2 / 9 / 25

Nombre y firma médico tratante

Fecha