

CERTIFICADO

Fecha 20/08/24

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

Ambrosio Colino Benavides

debe permanecer en reposo.

Desde 20/08/24 Hasta 23/08/24

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

Bronquitis Obstructiva

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

Colégio
o los fines que estime conveniente.

Dr. ALDO BANCALAR M.
Y CÍA. LTDA.
Pediatra
RUT: 78.919.450 - 5

Médico tratante