

CERTIFICADO

EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE DON (A) Fernando González R.

- A) FUE ATENDIDO (A) PROFESIONALMENTE CON FECHA DE HOY A LAS 8:00 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 opt

POLICLINICO / OFTALMOLOGIA  
HOSPITAL LAS HIGUERAS  
TALCAHUANO

NOMBRE Y FIRMA MEDICO

TALCAHUANO

16 / 10 / 20