

Ministerio de Salud  
Servicio de Salud Taicahuano  
Hospital las Higueras  
Consultorio Especialidades

CERTIFICADO

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

- A) FUE ATENDIDO (A) PROFESIONALMENTE CON FECHA DE HOY A LAS 8:00 11:00 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

POLICLÍNICO OFTALMOLOGÍA  
HOSPITAL LAS HIGUERAS

TALCAHUANO

NOMBRE Y FIRMA MÉDICO

DIAGNÓSTICO : Corto / opt

TALCAHUANO 16, 10 / 2027