

CERTIFICADO

Fecha 23/05/2025

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

León Valdezquez López

debe permanecer en reposo.

Desde 22/05/2025

Hasta 30/05/2025

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

Prost Af

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

Collegio

o los fines que estime conveniente.

Dra. Paula Carrusco
Pediatra
R.D. 12.550.539.2
J.C.M. 22.692.0

Médico tratante