

CERTIFICADO

Fecha 25-08-25.

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

Matías Perfecto.

debe permanecer en reposo.

Desde 25-08-25 Hasta 28-08-25

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

Asma y Rinitis Alérgica

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

Colegio.

o los fines que estime conveniente.

Dr. ALDO BANCALARI M.
Médico - Pediatra
RUT: 6.135.301-1

Médico tratante