

## CERTIFICADO

El médico tratante que suscribe ha indicado reposo al (la) paciente:  
.....*Victor Ojeda B*..... Edad: *16* años

Quién deberá permanecer:

..... *3* ..... días sin actividad física  
..... *3* ..... días en reposo en su hogar

A contar del ..... *08* ..... de ..... *05* ..... de *2024* .....  
Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

.....*Amigdalitis*.....  
.....*UDA*.....  
.....  
.....  
.....

Dr. Juan Rodrigo Henríquez Pichott  
MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR  
NIÑOS - ADULTOS Y ADULTO MAYOR  
BUT: 12.525.210-4 / R.N.G.: 23.287-4 (R)

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

.....  
.....  
.....

Nombre y firma médico tratante

Fecha