

CERTIFICADO

Fecha _____

El médico que suscribe certifica asistir profesionalmente al (la) paciente:

Patricio Marcon

quien debe permanecer en reposo

desde 22/11 hasta 24/11/23

Sin actividad física durante _____ días

por la causa que se expresa a continuación
DIAGNÓSTICO

Amigdalitis infecciosa

Se extiende el presente certificado
para ser presentado en

DR. OSCAR SOLAR C.
PEDIATRIA
AL FINITO 715-05-507
2224071-2244371
RUT:5.532.945-1

[Firma]
Médico tratante