

# Nastizol<sup>®</sup>

# Corplus<sup>®</sup>

## CERTIFICADO

El médico tratante que suscribe ha indicado reposo al (la) paciente:

*Problemas de la edad* ..... Edad: *10* años

Quién deberá permanecer:

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

A contar del *23* de *04* de .....

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

*1- Fimbricariis Apuro*

Dr. Juan Rodrigo Henríquez Pichott  
MÉDICO GENERAL Y FAMILIAR  
NIÑOS - ADULTOS Y ADULTO MAYOR  
RUT: 12.525.218-4 / R.N.C.: 23.287-4 (R)

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

*2304.2024*

Nombre y firma médico tratante

Fecha