

# CERTIFICADO

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

*Alyson Valdes*

quién debe permanecer en reposo

Desde: *14 al 18 y 24*

Hasta: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO

*Est supul*

Se extiende el presente certificado para ser presentado en:

*Coloquio*

Fecha: \_\_\_\_\_

*15/10/24*

Dr. JAIME ROJAS C.  
RUT: 4.250.370-3

Nombre del médico y firma