

CERTIFICADO

Fecha

14/05/2024

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

Sofia Rivero Tregobal

debe permanecer en reposo.

Desde

14/05/2024

Hasta

17/05/2024

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

Estado gripal.

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

o los fines que estime conveniente.

Dra. María C. Puga López D.

Rut: 7.723.324

Ped

Ren

Médico tratante