

## CERTIFICADO

EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE DON (A) Beatriz Dominguez Condessa

A) FUE ATENDIDO (A) PROFESIONALMENTE CON FECHA DE HOY A LAS 8:35 HRS.

B) CONSULTÓ EN ESTE SERVICIO ACOMPAÑANDO A SU HIJO (A) CON FECHA DE HOY A LAS .....HR

C) SE ENCUENTRA EN.....CONDICIONES DE SALUD.

D) SERÁ DADO DE ALTA CON FECHA PROBABLE EL.....

E) DEBE PERMANECER EN REPOSO DESDE .....HASTA:.....

F) SÓLO PUEDE REALIZAR TRABAJO LIVIANO HASTA EL : .....

G) NO PUEDE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA HASTA EL : .....

H) DEBE VOLVER A CONTROL EL : .....

I) DEBE CANCELÁRSELE PASAJES DE IDA Y VUELTA DESDE TOMÉ / LIRQUÉN, CON / SIN ACOMPAÑANTE

SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA SER PRESENTADO EN : HOSPITAL DE TOMÉ  
HOSPITAL DE LIRQUÉN /

TRABAJO  
COLEGIO

DIAGNÓSTICO : Paciente se realiza exámenes de sangre

NOMBRE Y FIRMA MÉDICO



TALCAHUANO 24. Sept. / 20 25