

CERTIFICADO

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

.....Edad:.....años

~~Quien deberá permanecer:~~

..... días sin actividad física

.....días en reposo en su hogar

A contar del de de

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

Sheth
re/bd

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

DR. OSCAR SOLAR G.
..... PEDIATRIA.....
A. PINTO 215-OF 507
2224071-2244371
RUT 5.532.945-1

Nombre y firma médico tratante

Fecha