

CERTIFICADO

Nombre Paciente: **DIEGO VIGUERAS ALTAMIRANO**

Rut: **23.837.672-6**

Edad: **13 años**

Quién acude el día _____ a Consulta Médica.

Con el Siguiente Dx:

RINOFARINGITIS AGUDA

Amerita Reposo

X

SI

NO

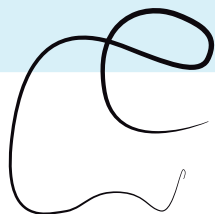
3

Días

El presente certificado se extiende para:

Adolescente con síntomas de cuadro respiratorio alto, por ello, se indica reposo por 3 días a contar del 22.09.25 al 24.09.25.

Se extiende el presente certificado para ser presentado en colegio.



Dra. Carolina Solis González
Pediatría
RUT: 16.009.732 - 9
R.C.M.: 27850 - 5

Nombre y Firma
del Médico Tratante



23.09.25

Fecha