

CERTIFICADO

Fecha 21. 10. 2024

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

Enla Herandi d L Jan

debe permanecer en reposo.

Desde 21. 10. 2024 Hasta 25. 10. 2024

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

Ri-far-y-bupin A

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

Calyi

o los fines que estime conveniente.

DR. JUAN CARLOS ALARCON Z.
MÉDICO DE FAMILIA
PEDIMUNDO 10000
ICM: 24512-5

Médico tratante