

Certificado

El médico que suscribe certifica haber asistido profesionalmente al (la) paciente:

EMILY CASTRO JARA

Rut: **24614607-1** Edad: **11** años

Quién debe permanecer:

☐ Sin actividad física durante días
☒ En reposo en su hogar durante **2** días

A contar del **05** de **JUNIO** de **2025**

Por la siguiente causa:

COLICO ABDOMINAL

Se extiende el presente certificado para ser presentado en:

COLEGIO LA PROVIDENCIA

Fecha **05** / **06** / **2025**

Dra. Glorinda Herrera M.
Peritro
6316841-8
Nombre y firma médico tratante