

CERTIFICADO

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

.....Edad: 6 años

Quién deberá permanecer:

..... días sin actividad física
..... días en reposo en su hogar

A contar del 04 de 06 de 2025

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

1- Rinobronquitis Aguda

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

Dr. Juan Rodrigo Henríquez Pichot

MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR

NIÑOS - ADULTOS Y ADULTO MAYOR

RUT: 12.525.218-4 / R.N.C.: 23.287-4 (R)

Nombre y firma médico tratante

Fecha