

# CERTIFICADO

Fecha 11/5

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

Adrián Cuscoya

debe permanecer en reposo.

Desde 19/5

Hasta 23/5

Sin actividad física durante \_\_\_\_\_ días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

Borrequito  
infectado

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

o los fines que estime conveniente.

DR. OSCAR SOLAR Q.  
PEDIATRIA  
A. PINTO 215-OF 507  
2224071-2244371  
RUT: 5.532.845-1

Médico tratante