

CERTIFICADO

Fecha 4/5

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

Adnan Casero

debe permanecer en reposo.

Desde 19/5 Hasta 23/5

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,
Diagnóstico:

Bronquitis
infectada

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

o los fines que estime conveniente.

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

Médico tratante