

CERTIFICADO

EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE DON (A) Dante Vega Fernandez

- A) FUE ATENDIDO (A) PROFESIONALMENTE CON FECHA DE HOY A LAS 8:00-9:35 HRS.
- B) CONSULTÓ EN ESTE SERVICIO ACOMPAÑANDO A SU HIJO (A) CON FECHA DE HOY A LAS .....HR
- C) SE ENCUENTRA EN.....CONDICIONES DE SALUD.
- D) SERÁ DADO DE ALTA CON FECHA PROBABLE EL.....
- E) DEBE PERMANECER EN REPOSO DESDE .....HASTA:.....
- F) SÓLO PUEDE REALIZAR TRABAJO LIVIANO HASTA EL : .....
- G) NO PUEDE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA HASTA EL : .....
- H) DEBE VOLVER A CONTROL EL : .....
- I) DEBE CANCELÁRSELE PASAJES DE IDA Y VUELTA DESDE TOMÉ / LIRQUÉN, CON / SIN ACOMPAÑANTE

SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA SER PRESENTADO EN : HOSPITAL DE TOMÉ

HOSPITAL DE LIRQUÉN / PENAS  
TRABAJO  
COLEGIO

DIAGNÓSTICO Paciente se realiza exámenes de

Olé  
NOMBRE Y FIRMA MÉDICO



TALCAHUANO Septiembre / 2024.