

Certificado de inasistencia

El médico que suscribe certifica haber asistido profesionalmente a el/la paciente:

Nombre: Josefa Cañas Vera

Quien debe permanecer en reposo desde el 28/10/2024

hasta el 30/10/2024

Por la siguiente causa:

Riesgo faringitis Aguda
estadío grave

Se extiende el presente certificado para ser presentado en:

Colegio

Fecha 28/10/2024

Nombre médico tratante _____

Jr. Omar Robles Gutiérrez
PEDIATRA
RUT: 11.124.655-6

Firma