

# Certificado de inasistencia

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

Nombre: AKIRA YANIEL GONZALEZ

Quien debe permanecer en reposo desde el 1 / 1 / 2015  
hasta el 1 / 1 / 2015

Por la siguiente causa: ASISTIR A CONTROL  
NEUROLOGICO EN  
EL LA CLINICA

Se extiende el presente certificado para ser presentado en:

COLEGIO

Fecha 13/10/15

Nombre médico tratante \_\_\_\_\_

Dr. Esteban Carmona Castillo  
MEDICO CIRUJANO  
18.317.010-4

Firma