



Una sonrisa de bienestar

A-A

## CERTIFICADO

El médico tratante que suscribe ha indicado reposo al (la) paciente:

FABIANA REINA ZEGLIOTTI SAVANNA..... Edad: 14..... años

Quién deberá permanecer:

..... 3 ..... días sin actividad física

..... 3 ..... días en reposo en su hogar

A contar del ..... 03 ..... de ..... MAYO ..... de ..... 2023 .....

Por causa que se expresa a continuación:

### Diagnóstico:

Rhinorrquitis Agudas

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

ANTE DICTAS DISCIPLINAS

Nombre y firma médico tratante

Dr. Jimena Cohen Bustos

Rut: 25.752.809-K

Nº Reg. 447847

Pediatria

08/05/2023

Fecha

Bagó